

SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Świnoujście, 08/12/2016 r.

Znak sprawy: ZP/14/2016

Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.
ul. Mieszka I 7
72 – 600 Świnoujście
(zampub@szpital-swinoujscie.pl)

DO WSZYSTKICH UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA PRZETRAGOWEGO PN.: Dostawa leków, wyrobów medycznych i art. spożywczych dla Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (*tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 2164 ze zm.*) zawiadamia się, że w dniu **08-12-2016 r.** w przedmiotowym postępowaniu w specyfikacji istotnych warunków zwana dalej „siwz” zamówienia dokonano zmiany treści:

Było:

VI. OPIS CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

1. Zamówienie składa się z **10 zadań**.
2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia w poszczególnych zadaniach zawiera formularz cen jednostkowych.
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych, obejmujących poszczególne zadania.
4. Zamawiający nie wprowadza ograniczeń dotyczących ilości zadań na które może zostać udzielone zamówienie jednemu wykonawcy.
5. Wykonawcy mogą składać ofertę obejmującą jedno zadanie, kilka zadań bądź wszystkie zadania.
6. Nie dopuszcza się składania ofert wariantowych.

Zmienia się na:

VI. OPIS CZĘŚCI ZAMÓWIENIA

1. Zamówienie składa się z **10 części – zadań/pakietów**.

Nr pakietu	Nazwa pakietu	Kod CPV
1	Leki, wyroby medyczne, artykuły spożywcze	33600000-6
2	Leki	33600000-6
3	Leki	33600000-6
4	Leki	33600000-6
5	Leki	33600000-6
6	Leki, wyroby medyczne	33600000-6
7	Leki	33600000-6
8	Wyroby medyczne	33600000-6
9	Leki	33600000-6
10	Opatrunki	33600000-6

2. Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia w poszczególnych zadaniach zawiera formularz cen jednostkowych stanowiący załącznik nr 1 do SIWZ.
3. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych, obejmujących poszczególne zadania. **Nie dopuszcza** się dzielenia poszczególnych zadań na dalsze części.
4. Zamawiający nie wprowadza ograniczeń dotyczących ilości zadań na które może zostać udzielone zamówienie jednemu wykonawcy.
5. Wykonawcy mogą składać ofertę obejmującą jedno zadanie, kilka zadań bądź wszystkie zadania.
6. Nie dopuszcza się składania ofert wariantowych.

Było

V. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA I OKRES GWARANCJI.

1. Termin wykonania zamówienia dla:
 - 1.1. zadania od nr 1 do nr 8- do **31 grudnia 2017 r.**,
 - 1.2. dla zadania nr 9 i nr 10 do **31 grudnia 2018 r**

2. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie realizowana sukcesywnie na podstawie zamówień częściowych. Termin realizacji zamówienia częściowego wynosi **maksymalnie:**
- 2.1. dla zadań od **nr 1 do 7 – 24 godzin;**
 - 2.2. dla zadań od **nr 8 do 10 – 72 godziny;**
- liczone od złożenia Zamówienia telefonicznie, fax-em lub e-mailem.

Zmienia się na:

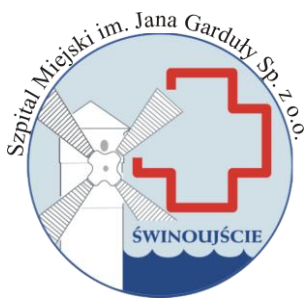
V. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

1. Termin wykonania zamówienia dla:
 - 1.1. zadania od nr 1 do nr 8- od dnia zawarcia umowy do **31 grudnia 2017 r.**,
 - 1.2. dla zadania nr 9 i nr 10 - od dnia zawarcia umowy do **31 grudnia 2018 r**
2. Dostawa przedmiotu zamówienia będzie realizowana sukcesywnie na podstawie zamówień częściowych. Termin realizacji zamówienia częściowego wynosi **maksymalnie:**
 - 2.1. dla zadań od **nr 1 do 7 – do 24 godzin**, z zastrzeżeniem ust. 2.2;
 - 2.2. dla zadania nr **1 i 3 (dla leków ratujących życie)** dostawa na CITO do **12 godzin**.
 - 2.3. dla zadań od **nr 8 do 10 – do 72 godziny;**liczone od złożenia Zamówienia telefonicznie, fax-em lub e-mailem..

Było:

VIII. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

- I. Zamawiający dokona badania i oceny ofert z zastosowaniem procedury z art. 24 aa) ustawy.**
2. W celu wstępnego potwierdzenia, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu Wykonawca zobowiązany jest **załączyć do oferty:**
 - 2.1. Jednolity Europejski Dokument Zamówienia wg Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2016/7 z dnia 5.01.2016 r ustanawiającego standardowy formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia (Dz.U.E L 3/16), zwany dalej w skrócie **JEDZ**
 - 2.2. W przypadku powoływania się na zasoby innych podmiotów w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw do wykluczenia oraz spełniania warunków udziału w zakresie w jakim powołuje się na ich zasoby Wykonawca składa także:
 - a) JEDZ dotyczący tych podmiotów.
 - b) zobowiązanie podmiotu trzeciego udostępniającego swoje zasoby |
 - 2.3. W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców JEDZ składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.
3. Zamawiający w pierwszej kolejności dokona badania ofert na podstawie oświadczeń i dokumentów załączonych do oferty.
4. Zamawiający po zbadaniu ofert przed udzieleniem zamówienia wezwie Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona do złożenia w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego, nie krótszym niż 10 dni, aktualnych na dzień złożenia , następujących oświadczeń i dokumentów:
 - A. Dokumenty i oświadczenia wymagane w celu potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia**
 1. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy, wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
 2. zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert lub inny dokument potwierdzający, że wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem podatkowym w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
 3. zaświadczenie właściwej terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego albo innego dokumentu potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert lub inny dokument potwierdzający, że wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
 4. odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji, w celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia .
 5. oświadczenie wykonawcy o braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo – w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji – dokumentów potwierdzających



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

- dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności;
6. oświadczenie wykonawcy o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne;
 7. oświadczenie wykonawcy o niezaleganiu z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 716);
 8. oświadczenie wykonawcy o przynależności albo braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej; w przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej wykonawca może złożyć wraz z oświadczeniem dokumenty bądź informacje potwierdzające, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu.
 9. Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa :
 - 1) w pkt 1. – składa informację z odpowiedniego rejestru albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dotyczy informacja albo dokument, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy;
 - 2) w pkt. 2- .4 – składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:
 - a) nie zalega z opłacaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne albo że zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
 - b) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości.
 11. Jeżeli w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt od 1 do 3, zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby.
 12. W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez wykonawcę, zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.
 13. Wykonawca mający siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w odniesieniu do osoby mającej miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której dotyczy dokument wskazany w pkt 1, składa informację z odpowiedniego rejestru albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dotyczy informacja albo dokument, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy.

Jeżeli w kraju, w którym miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument miał dotyczyć, nie wydaje się takich dokumentów, zastępuje się go dokumentem zawierającym oświadczenie tej osoby złożonym przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby., wystawionym nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
 14. W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez wykonawcę, zamawiający może zwrócić się do właściwych organów kraju, w którym miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.
 15. W przypadku wskazania przez wykonawcę dostępności oświadczeń lub dokumentów, o których mowa w rozdz. VIII pkt 1 -4 SIWZ w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazane przez wykonawcę oświadczenia lub dokumenty.
 16. W przypadku wskazania przez wykonawcę oświadczeń lub dokumentów, o których mowa w pkt 1 - 4 które znajdują się w posiadaniu Zamawiającego, w szczególności oświadczeń lub dokumentów przechowywanych

przez Zamawiającego zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Zamawiający w celu potwierdzenia okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy, korzysta z posiadanych oświadczeń lub dokumentów, o ile są one aktualne.

B. Dokumenty i oświadczenia wymagane w celu potwierdzenia warunków udziału w postępowaniu

1. W celu potwierdzenia warunku dotyczącego posiadania kompetencji lub uprawnień do wykonywania określonej działalności zawodowej, Zamawiający wymaga złożenia przez Wykonawcę Zezwolenia na podjęcie działalności gospodarczej w zakresie obrotu hurtowego produktami leczniczymi zgodnie z ustawą z dnia 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne) – jeśli dotyczy.
2. W celu potwierdzenia spełnienia przez Wykonawcę posiadania zdolności technicznej lub zawodowej Zamawiający żąda złożenia Wykazu dostaw wykonanych a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych, w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane oraz załączeniem dowodów określających czy te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.
3. Dowodami, o którym mowa w pkt 2 są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie Wykonawcy: w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.
4. W przypadku, gdy Wykonawca wykaże spełnianie warunku posiadania sytuacji finansowej oraz zdolności technicznej w innej walucie niż PLN, Zamawiający dokona przeliczenia tej waluty po średnim kursie w stosunku do PLN opublikowanym przez NBP w dniu publikacji ogłoszenia o zamówieniu.

Jeżeli w dniu ogłoszenia postępowania NBP nie opublikuje kursu walut, Zamawiający przyjmie kurs opublikowany w pierwszym dniu roboczym po tej dacie.

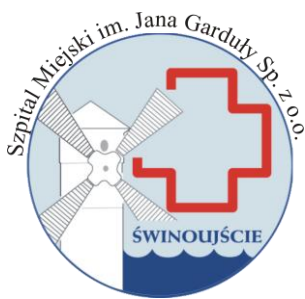
C. Dokumenty i oświadczenia wymagane przez Zamawiającego w celu potwierdzenia, że przedmiot zamówienia jest zgodny z wymaganiami Zamawiającego

W celu potwierdzenia, że oferowane wyroby spełniają wymagania Zamawiającego Zamawiający żąda złożenia:

5. Oświadczenia, że zaoferowane produkty lecznicze są wprowadzone do obrotu zgodnie z Ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, (Dz. U. z 2008 r. Nr 45 poz. 271 ze zm.)
6. Zamawiający może na każdym etapie postępowania wezwać Wykonawców do złożenia wszystkich lub niektórych oświadczeń lub dokumentów potwierdzających, że nie podlegają wykluczeniu, spełniają warunki udziału w postępowaniu a jeżeli zachodzą uzasadnione podstawy do uznania, że złożone uprzednio oświadczenia lub dokumenty nie są już aktualne, do złożenia aktualnych oświadczeń lub dokumentów.
7. Jeżeli wykonawca nie złożył oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy lub innych dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia postępowania, oświadczenia lub dokumenty są niekompletne, zawierają błędy lub budzą wskazane przez zamawiającego wątpliwości, zamawiający wzywa do ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub do udzielania wyjaśnień w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub udzielenia wyjaśnień oferta wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.
8. Jeżeli wykonawca nie złożył wymaganych pełnomocnictw albo złożył wadliwe pełnomocnictwa, Zamawiający wzywa do ich złożenia w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia oferta Wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.
9. Wykonawca nie jest obowiązany do złożenia oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy, jeżeli Zamawiający posiada oświadczenia lub dokumenty dotyczące tego Wykonawcy lub może je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352).
10. Zamawiający korzysta z internetowego repozytorium zaświadczeń e-Certis oraz wymaga przede wszystkim takich rodzajów zaświadczeń lub dowodów w formie dokumentów, które są objęte tym repozytorium.
11. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została najwyżej oceniona nie spełnia warunków udziału w postępowaniu, podlega wykluczeniu z postępowania albo uchyla się od zawarcia umowy, **Zamawiający bada czy nie podlega wykluczeniu oraz czy spełnia warunki udziału w postępowaniu Wykonawca, który złożył ofertę najwyżej ocenioną spośród pozostałych ofert.**

Zmienia się na:

VIII. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ WYKONAWCY W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

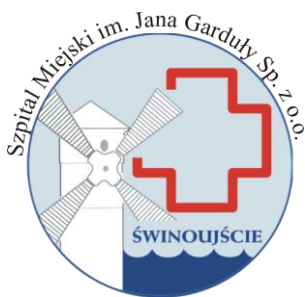
e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

1. Zamawiający dokona badania i oceny ofert z zastosowaniem procedury z art. 24 aa) ustawy, tj. Zamawiający dokona najpierw oceny ofert, a następnie zbada, czy Wykonawca, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza, nie podlega wykluczeniu oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu.
2. W celu wstępnego potwierdzenia, że Wykonawca nie podlega wykluczeniu z postępowania oraz spełnia warunki udziału w postępowaniu Wykonawca zobowiązany jest załączyć do oferty:
 - 2.1. Jednolity Europejski Dokument Zamówienia wg Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) 2016/7 z dnia 5.01.2016 r. ustanawiającego standardowy formularz jednolitego europejskiego dokumentu zamówienia (Dz.UE L 3/16), zwany dalej w skrócie **JEDZ**
 - 2.2. W przypadku powoływania się na zasoby innych podmiotów w celu wykazania braku istnienia wobec nich podstaw do wykluczenia oraz spełniania warunków udziału w postępowaniu, w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na ich zasoby, Wykonawca składa także:
 - a) JEDZ dotyczący tych podmiotów.
 - b) zobowiązanie podmiotu trzeciego udostępniającego swoje zasoby – zgodnie z pkt VII.3. |
 - 2.3. W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez Wykonawców JEDZ składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.
3. Zamawiający w pierwszej kolejności dokona badania oferty Wykonawcy, którego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza, na podstawie oświadczeń i dokumentów załączonych do oferty.
4. Zamawiający po zbadaniu oferty przed udzieleniem zamówienia wezwie Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona do złożenia w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego, nie krótszym niż 10 dni, aktualnych na dzień złożenia, następujących oświadczeń i dokumentów:
 - 4.1. **Dokumenty i oświadczenia wymagane w celu potwierdzenia braku podstaw do wykluczenia**
 1. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy, wystawiona nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert;
 2. zaświadczenie właściwego naczelnika urzędu skarbowego potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert lub inny dokument potwierdzający, że wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem podatkowym w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
 3. zaświadczenie właściwej terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego albo innego dokumentu potwierdzające, że wykonawca nie zalega z opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert lub inny dokument potwierdzający, że wykonawca zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
 4. odpis z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub ewidencji.
 5. oświadczenie wykonawcy o braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo – w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji – dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności;
 6. oświadczenie wykonawcy o braku orzeczenia wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne;
 7. oświadczenie wykonawcy o niezaleganiu z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 716);
 8. oświadczenie wykonawcy o przynależności albo braku przynależności do tej samej grupy kapitałowej; w przypadku przynależności do tej samej grupy kapitałowej wykonawca może złożyć wraz z oświadczeniem dokumenty bądź informacje potwierdzające, że powiązania z innym wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu. W/w oświadczenie oraz ewentualne dowody wykonawca składa w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia przez zamawiającego na stronie internetowej informacji, o której mowa w art. 86 ust. 5 ustawy. W przypadku składania oferty wspólnej ww. oświadczenie składa każdy z wykonawców składających ofertę wspólną.
 9. Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zamiast dokumentów, o których mowa :

- 1) w pkt 4.1.1. – składa informację z odpowiedniego rejestru albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dotyczy informacja albo dokument, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy;
- 2) w pkt.4.1. 2– .4 – składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania, potwierdzające odpowiednio, że:
 - a) nie zalega z opłacaniem podatków, opłat, składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne albo że zawarł porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami, w szczególności uzyskał przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
 - b) nie otwarto jego likwidacji ani nie ogłoszono upadłości.
10. Jeżeli w kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, nie wydaje się dokumentów, o których mowa w pkt 4.1.9.1) i 2), zastępuje się je dokumentem zawierającym odpowiednio oświadczenie wykonawcy, ze wskazaniem osoby albo osób uprawnionych do jego reprezentacji, lub oświadczenie osoby, której dokument miał dotyczyć, złożone przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania wykonawcy lub miejsce zamieszkania tej osoby.
11. W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez wykonawcę, zamawiający może zwrócić się do właściwych organów odpowiednio kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.
12. Wykonawca mający siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w odniesieniu do osoby mającej miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której dotyczy dokument wskazany w pkt 4.1.1, składa informację z odpowiedniego rejestru albo, w przypadku braku takiego rejestru, inny równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny kraju, w którym wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania lub miejsce zamieszkania ma osoba, której dotyczy informacja albo dokument, w zakresie określonym w art. 24 ust. 1 pkt 13, 14 i 21 ustawy.
Jeżeli w kraju, w którym miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument miał dotyczyć, nie wydaje się takich dokumentów, zastępuje się go dokumentem zawierającym oświadczenie tej osoby złożonym przed notariuszem lub przed organem sądowym, administracyjnym albo organem samorządu zawodowego lub gospodarczego właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby., wystawionym nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert. W przypadku wątpliwości co do treści dokumentu złożonego przez wykonawcę, zamawiający może zwrócić się do właściwych organów kraju, w którym miejsce zamieszkania ma osoba, której dokument dotyczy, o udzielenie niezbędnych informacji dotyczących tego dokumentu.
13. W przypadku wskazania przez wykonawcę dostępności oświadczeń lub dokumentów, o których mowa w pkt 4.1. w formie elektronicznej pod określonymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych, zamawiający pobiera samodzielnie z tych baz danych wskazane przez wykonawcę oświadczenia lub dokumenty.
14. W przypadku wskazania przez wykonawcę oświadczeń lub dokumentów, o których mowa w pkt –4.1 które znajdują się w posiadaniu Zamawiającego, w szczególności oświadczeń lub dokumentów przechowywanych przez Zamawiającego zgodnie z art. 97 ust. 1 ustawy Zamawiający w celu potwierdzenia okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy, korzysta z posiadanych oświadczeń lub dokumentów, o ile są one aktualne.

4.2 Dokumenty i oświadczenia wymagane w celu potwierdzenia warunków udziału w postępowaniu

1. **W celu potwierdzenia warunku dotyczącego posiadania kompetencji lub uprawnień do wykonywania określonej działalności zawodowej,** Zamawiający wymaga złożenia przez Wykonawcę zezwolenia na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie obrotu hurtowego produktami leczniczymi zgodnie z ustawą z dnia 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne, a w przypadku, gdy oferta składana jest na części, w której znajdują się środki odurzające lub substancje psychotropowe – zezwolenia na obrót hurtowy środkami odurzającymi lub substancjami psychotropowymi.
jeśli dotyczy.
2. W celu potwierdzenia spełnienia przez Wykonawcę posiadania zdolności technicznej lub zawodowej Zamawiający żąda złożenia Wykazu dostaw wykonanych a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych również wykonywanych , w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, wraz z podaniem ich wartości, przedmiotu, dat wykonania **i podmiotów, na rzecz których dostawy zostały wykonane, zgodnie z załącznikiem nr 5 do SIWZ** oraz załączeniem dowodów określających **czy te dostawy zostały wykonane lub są wykonywane należycie.**
3. Dowodami, o którym mowa w pkt 2 są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz którego dostawy były wykonywane a w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych są wykonywane a jeżeli z uzasadnionej przyczyny o obiektywnym charakterze Wykonawca nie jest w stanie uzyskać tych dokumentów - oświadczenie Wykonawcy: w przypadku świadczeń okresowych lub ciągłych nadal wykonywanych referencje bądź



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

inne dokumenty potwierdzające ich należyte wykonywanie powinny być wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed upływem terminu składania ofert.

4. W przypadku, gdy Wykonawca wykaże spełnianie warunku posiadania sytuacji finansowej oraz zdolności technicznej w innej walucie niż PLN, Zamawiający dokona przeliczenia tej waluty po średnim kursie w stosunku do PLN opublikowanym przez NBP w dniu publikacji ogłoszenia o zamówieniu. Jeżeli w dniu ogłoszenia postępowania NBP nie opublikuje kursu walut, Zamawiający przyjmie kurs opublikowany w pierwszym dniu roboczym po tej dacie.

4.3 **Dokumenty i oświadczenia wymagane przez Zamawiającego w celu potwierdzenia, że przedmiot zamówienia jest zgodny z wymaganiami Zamawiającego**

W celu potwierdzenia, że oferowane wyroby spełniają wymagania Zamawiającego Zamawiający żąda złożenia: oświadczenia, że zaoferowane produkty lecznicze są wprowadzone do obrotu zgodnie z Ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 45 poz. 271 ze zm.) lub ustawą o wyrobach medycznych z dnia 20.05.2010 r. (Dz. U. 2015.876 j.t.). – w zależności od tego, które zezwolenie jest dla danego produktu wymagane. W przypadku, gdy produkty lecznicze nie wymagają zezwolenia na wprowadzenie do obrotu, Wykonawca złoży przedmiotowe oświadczenie ze stosowną adnotacją.

1. Inne dokumenty wymagane przez Zamawiającego, które należy dołączyć do oferty wskazane zostały w cz. XII
2. Zamawiający może **na każdym etapie postępowania** wezwać Wykonawców do złożenia wszystkich lub niektórych oświadczeń lub dokumentów potwierdzających, że nie podlegają wykluczeniu, spełniają warunki udziału w postępowaniu a jeżeli zachodzą uzasadnione podstawy do uznania, że złożone uprzednio oświadczenia lub dokumenty nie są już aktualne, do złożenia aktualnych oświadczeń lub dokumentów.
3. Jeżeli wykonawca nie złożył oświadczeń lub dokumentów potwierdzających okoliczności, o których mowa w art. 25 ust. 1 ustawy lub innych dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia postępowania, oświadczenia lub dokumenty są niekompletne, zawierają błędy lub budzą wskazane przez zamawiającego wątpliwości, zamawiający wzywa do ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub do udzielania wyjaśnień w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia, uzupełnienia lub poprawienia lub udzielenia wyjaśnień oferta wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.
4. Jeżeli wykonawca nie złożył wymaganych pełnomocnictw albo złożył wadliwe pełnomocnictwa, Zamawiający wzywa do ich złożenia w terminie przez siebie wskazanym, chyba że mimo ich złożenia oferta Wykonawcy podlega odrzuceniu albo konieczne byłoby unieważnienie postępowania.
5. Wykonawca nie jest obowiązany do złożenia oświadczeń lub dokumentów potwierdzających spełnienie warunków udziału w postępowaniu lub braku podstaw do wykluczenia, jeżeli Zamawiający posiada oświadczenia lub dokumenty dotyczące tego Wykonawcy lub może je uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352).
6. Jeżeli Wykonawca, którego oferta została najwyżej oceniona nie spełnia warunków udziału w postępowaniu, podlega wykluczeniu z postępowania albo uchyła się od zawarcia umowy, **Zamawiający bada czy nie podlega wykluczeniu oraz czy spełnia warunki udziału w postępowaniu Wykonawca, który złożył ofertę najwyżej ocenioną spośród pozostałych ofert.**

Bvło:

XV. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJACY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW ORAZ SPOSOBU OCENY OFERT

1. Zamawiający przy wyborze oferty kierować się będzie następującymi kryteriami i ich wagami:

Kryterium „Cena” C_{lm} :

Liczba punktów przydzielona w tym kryterium poszczególnym Wykonawcom ustalona zostanie zgodnie z poniższym wzorem:

$$C_{lm} = \frac{C_{min}}{C_o} \times 100 \times 100 \%$$

C_{lm} – ilość otrzymanych punktów za kryterium „cena”

C_{min} – najniższa cena spośród ofert nie odrzuconych

C_o – cena oferty badanej

Waga kryterium: 100 %.

2. Obliczenia punktów dokonuje się z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
3. Zamawiający dokona wyboru najkorzystniejszej oferty (na podstawie art. 91 ust. 1 ustawy) i udzieli zamówienia Wykonawcy, który uzyska najkorzystniejszy bilans punktowy.

Zmienia się na:

XV. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJACY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW ORAZ SPOSOBU OCENY OFERT

- a. Zamawiający przy wyborze oferty kierować się będzie kryterium 100 % cena:

Kryterium „Cena” C_{lm} :

Liczba punktów przydzielona w tym kryterium poszczególnym Wykonawcom za poszczególne części zamówienia (zadania) ustalona zostanie zgodnie z poniższym wzorem:

$$C_{lm} = \frac{C_{min}}{C_o} \times 100$$

C_{lm} – ilość otrzymanych punktów za kryterium „cena” za dane zadanie

C_{min} – najniższa cena oferty za dane zadanie

C_o – cena oferty badanej za dane zadanie

- b. Obliczenia punktów dokonuje się z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.

- c. Zamawiający dokona wyboru na dane zadanie najkorzystniejszej oferty, tj. oferty, która uzyskała najwyższą liczbę punktów.

Było:

Wykaz załączników:

- ❖ Załącznik nr 1 – Wykaz parametrów technicznych przedmiotu Zamówienia;
- ❖ Załącznik nr 2 – Formularz ofertowy;
- ❖ Załącznik nr 3 - JEDZ
- ❖ Załącznik nr 4 - Projekt umowy.

Zmienia się na:

Wykaz załączników:

- ❖ Załącznik nr 1 – Wykaz parametrów technicznych przedmiotu Zamówienia;
- ❖ Załącznik nr 2 – Formularz ofertowy;
- ❖ Załącznik nr 3 - JEDZ
- ❖ Załącznik nr 4 - Projekt umowy.
- ❖ Załącznik nr 5 – wykaz wykonanych dostaw.

Załącznik nr 4 do SIWZ:

Było:

Załącznik nr 4 do SIWZ

UMOWA

dostawy nr/Lek/2016

zawarta w dniu pomiędzy:

Szpitałem Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o. z siedzibą w Świnoujściu, (72-600 Świnoujście), ul. Mieszka I 7, zarejestrowanym w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Zachodniopomorskiego pod nr 000000018145 oraz w Krajowym Rejestrze Sądowym – rejestrze prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Szczecin-Centrum w Szczecinie – XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS0000490038, NIP: 855—158-34-67, zwanym w treści umowy „**Szpitałem**”, reprezentowanym przez:

Prezesa Zarządu – Dorotę Konkolewską

a

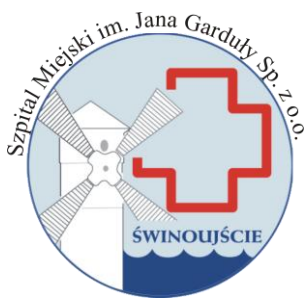
.....
zwanym w treści umowy „Dostawcą”

reprezentowanym przez:

Niniejszą umowę zawarto w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na **dostawę leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych** na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tj.: Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 ze zm.), o następującej treści:

§ 1 Przedmiot zamówienia

1. Dostawca zobowiązuje się dostarczać bezpośrednio do Działu Farmacji Szpitala mieszczącego się w Świnoujściu, przy ul. Mieszka I 7, a Szpital zobowiązuje się do odbioru przedmiotu dostawy szczegółowo określonego co do asortymentu w specyfikacji zapotrzebowania stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszej umowy - dotyczącej części (-ów) nr oraz w ilościach określonych w zamówieniach szczegółowych składanych przez Szpital.



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

2. Dostawca dostarczać będzie przedmiot dostawy w następujących terminach:
 - a) leki i wyroby medyczne w ciągu godzin od złożenia zamówienia, do godziny 13:00.
 - b) środki spożywcze w ciągugodzin od złożenia zamówienia, do godziny 13:00
 - c) na CITO w terminie do 12 godz. od złożenia Zamówienia.
3. Szpital będzie składał zamówienia Dostawy do godz. 13:00. Jeżeli dostawa przypadać będzie na dzień wolny od pracy lub w sobotę dostawa nastąpi w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu wolnym.
4. Dla części 1 Dostawca dostarczy faktury w wersji elektronicznej dostosowanej do programu komputerowego posiadanego przez Szpital.
5. Ilości wskazane w Załączniku Nr 1 do niniejszej umowy – zostały podane orientacyjnie i mogą ulec zmianie w zależności od rzeczywistych potrzeb Szpitala. Ilości zostały podane jedynie by ułatwić sporządzenie i skalkulowanie oferty. W trakcie realizacji niniejszej umowy Szpital zastrzega sobie prawo do zmiany zamawianych ilości w poszczególnych pozycjach części, poprzez ich zwiększenie lub zmniejszenie do 30% w ramach danego części, z tym jednak zastrzeżeniem, że nie zostanie przekroczona ogólna wartość danej części wynikająca z oferty cenowej Dostawcy oraz stanowiąca wartość umowy.
6. W przypadku pozycji zawierających od 1 do 3 jednostek miary, Szpital zastrzega sobie prawo do zwiększenia tej pozycji o jedną jednostkę z zastrzeżeniem, że nie zostanie przekroczona ogólna wartość danej części.

§ 2 Realizacja przedmiotu umowy

1. Dla części nr Dostawca zobowiązuje się dostarczać przedmiot dostawy na własny koszt i ryzyko, partiami do godziny od złożenia szczegółowego zamówienia przez Szpital. Szpital zobowiązuje się składać Dostawcy zamówienie szczegółowe w formie pisemnej, faksem lub telefonicznie. Dostawca potwierdzi odbiór zamówienia faksem niezwłocznie po jego otrzymaniu.
2. Dla części nr Dostawca zobowiązuje się dostarczyć przedmiot dostawy do godzin od złożenia szczegółowego zamówienia przez Szpital. Szpital zobowiązuje się składać Dostawcy zamówienie szczegółowe w formie pisemnej, faksem lub telefonicznie. Dostawca potwierdzi odbiór zamówienia faksem niezwłocznie po jego otrzymaniu.
3. Dostawca zapewnia realizację dostaw poszczególnych partii przedmiotu dostawy w oryginalnych opakowaniach oraz własnym transportem gwarantując należyte zabezpieczenie przedmiotu dostawy przed czynnikami pogodowymi, uszkodzeniami itp.
4. W przypadku braku przedmiotu dostawy Dostawca dostarczy Szpitalowi przedmiot dostawy równoważny w cenie określonej w niniejszej umowie, po uprzedniej akceptacji Szpitala.
5. Dostawca zobowiązuje się dostarczać przedmiot dostawy należytej jakości określonej w odrębnych przepisach. Przedmiot dostawy winien posiadać świadectwo rejestracji.
6. Dostawca udziela Szpitalowi gwarancji co do jakości przedmiotu dostawy. Termin używalności przedmiotu dostawy nie krótszy niż 8 miesięcy od daty dostawy będzie określony na pojedynczych opakowaniach.
7. Szpital ma obowiązek sprawdzić przedmiot dostawy pod względem zgodności z zamówieniem szczegółowym w dniu dostawy.
8. W przypadku stwierdzenia rozbieżności pomiędzy zamówieniem szczegółowym, a dokonaną dostawą, Szpital zgłosi ten fakt Dostawcy w ciągu 7 dni od dnia odbioru przedmiotu dostawy. Inne zauważone wady Szpital zobowiązany jest zgłosić niezwłocznie po ich wykryciu.
9. Termin rozpatrzenia reklamacji wynosi 14 dni od dnia otrzymania przez Dostawcę pisemnego zawiadomienia Szpital o wystąpieniu wad.
10. Szpital zastrzega sobie prawo do korzystania z czasowych bądź okresowych promocji wprowadzanych przez producenta lub Dostawcę. Ewentualne obniżki cen nie stanowią zmiany postanowień niniejszej umowy i nie wymagają zawarcia odrębnego aneksu.

§ 3 Wykonanie zastępcze

1. Jeżeli Dostawca nie wywiąże się terminowo z dostawy, Szpitalowi przysługuje prawo dokonania interwencyjnego zakupu u innego Dostawcy na koszt i ryzyko Dostawcy (koszt transportu, różnica w cenie), z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Dostawca wyraża zgodę na potrącenie należności, o których mowa w ust. 1, poprzez wystawienie przez Szpital pisemnego dokumentu obciążającego Dostawcę zwanego notą obciążeniową ze wskazaniem tytułu obciążenia (tj. powołania odpowiedniego zapisu umowy).

3. Wydłużenie terminu realizacji poszczególnych zamówień jednostkowych (dostaw) może nastąpić wyłącznie w przypadku działania siły wyższej. W takim przypadku Dostawca niezwłocznie pisemnie zawiadomi Szpital o powyższych okolicznościach przedstawiając dowody potwierdzające zaistnienie powyższych okoliczności oraz wskaże proponowany termin dostawy. Nowy termin realizacji dostawy zostanie ustalony przez Strony umowy.

§ 4 Wynagrodzenie

1. Za dostawę poszczególnych partii przedmiotu dostawy, Szpital wypłaci Dostawcy wynagrodzenie wyliczone przez przemnożenie ceny jednostkowej poszczególnych produktów wymienionych w załączniku nr 1 do umowy przez ilość dostarczonych produktów danego rodzaju wynikających z zamówienia szczegółowego.
2. Strony przewidują, iż łączna wysokość wynagrodzenia za dostawy w okresie, na który została zawarta umowa dla części Nrwyniesie:
 - zł netto (słownie:...../100 zł)
 - zł VAT (słownie:...../100 zł)
 -zł brutto (słownie:...../100 zł)
3. Ceny brutto zawierają koszt transportu przedmiotu dostawy do siedziby Szpitala oraz cło i podatek od towarów i usług.
4. Ostateczną wartość umowy określą zamówienia szczegółowe, składane przez Szpital w trakcie realizacji niniejszej umowy.
5. W przypadku, gdy zamówienia szczegółowe Szpitala nie wyczerpią kwoty łącznego przewidzianego wynagrodzenia w okresie trwania niniejszej umowy, Dostawcy nie przysługuje roszczenie o zapłatę pozostałego (przewidywanego) wynagrodzenia.
6. Zapłata należności za realizację poszczególnych partii przedmiotu dostawy wynikających z zamówienia szczegółowego nastąpi przelewem na rachunek Dostawcy wskazany w fakturze w terminie 30 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury Szpitalowi.
7. W przypadku realizacji kilku umów przez tego samego Dostawcę, pozycje dotyczące niniejszej umowy winny być fakturowane na oddzielnej fakturze.
8. Warunkiem zapłaty wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 i 2 jest prawidłowo zrealizowany i odebrany przez Szpital bez zastrzeżeń przedmiot dostawy.

§ 5 Rozwiązanie, odstąpienie od umowy

1. Szpital zastrzega sobie prawo do rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym, bez wypowiedzenia w przypadku:
 - a) podwyższenia przez Dostawcę ceny produktów w okresie trwania umowy,
 - b) niewywiązania się przez Dostawcę z terminów realizacji zamówień,
 - c) dostarczenia przedmiotu dostawy złej jakości, nieodpowiadającej warunkom umowy.
2. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Szpital może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 Dostawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

§ 6 Polisa

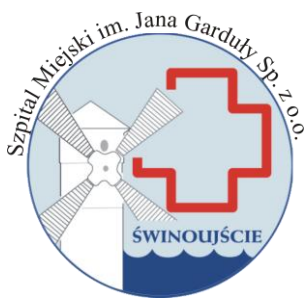
1. Dostawca niniejszym oświadcza, że posiada aktualną (tj. ważną przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy) umowę ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej.
2. Dostawca zobowiązuje się do utrzymania polisy od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności przez okres trwania niniejszej umowy i w odpowiednim terminie przedstawi nową aktualną polisę wraz z dokumentem opłaty.

§ 6 Kary umowne

1. Dostawca zapłaci Szpitalowi karę umowną w przypadku:
 - a) opóźnienia w realizacji dostawy lub dostarczenia przedmiotu dostawy niezgodnie z zamówieniem - w wysokości 0,3% wartości brutto opóźnionej/niezgodnej z zamówieniem dostawy, za każde opóźnienie lub za każdą niezgodną z zamówieniem dostawę; z tym że kara nie może przekroczyć 5 % wartości brutto opóźnionej/niezgodnej dostawy,
 - b) w razie niedostarczenia dostawy - w wysokości 5 % umownej wartości brutto niedostarczonej części dostawy.
2. Jeżeli szkoda rzeczywista będzie wyższa niż kara umowna, Szpital będzie uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywistej poniesionej szkody.

§ 7 Zmiany umowy

1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

2. Stosownie do art. 144 ust. 1 Prawo zamówień publicznych, Szpital dopuszcza możliwość zmiany umowy w przypadku zmiany dotyczącej:
- jeżeli nastąpiła zmiana danych podmiotów zawierających umowę (np. w wyniku zmiany przekształceń, przejęć, itp.),
 - w przypadku zmiany w mieniu Szpitala, które skutkować będą koniecznością skorygowania załączników do SIWZ lub zapisów umowy.
 - nastąpiła zmian nazwy handlowej oferowanego przedmiotu zamówienia,
 - zmiany konfekcjonowania dotyczącej pojemności lub ilości sztuk w opakowaniu przy nieprzekroczeniu ceny ofertowej
 - wprowadzenia zamienników o takich samych parametrach o ile nie będą droższe niż cena ofertowa,
 - w przypadku wygaśnięcia pozwolenia na sprzedaż lub wycofanie leku, wyrobu medycznego z produkcji, na inny o tych samych parametrach i cenie;
 - wprowadzenia tańszego zamiennika o takich samych parametrach i niższej cenie;
 - dopuszcza się zmianę ceny w przypadku zaproponowania obniżki ceny ofertowej przez Dostawcę.
 - zmiany cen mogą także nastąpić w wyniku zmiany stawki VAT oraz jeżeli przedmiot dostawy zostanie obciążony obowiązkiem zapłacenia podatku, który nie obowiązywał w dniu podpisania umowy. Aneks powinien zawierać uzasadnienie wraz z kalkulacją ceny.
 - zmiana jest nieistotna
 - nastąpił brak produktów na rynku z przyczyn niezależnych od Dostawcy (np. wycofanie z rynku i zaprzestanie produkcji) – istnieje możliwość zastąpienia produktem o tym samym zastosowaniu, produktem równoważnym, ale przy cenie nie wyższej niż określona w umowie w przypadku zaistnienia incydentu medycznego – możliwość wprowadzenia produktu równoważnego o tych samych parametrach i zastosowaniu oraz w przypadku zmiany nazwy produktu, numeru katalogowego, sposobu konfekcjonowania, przy niezmienionej tożsamości produktu.
3. Postanowienia ust. 2 nie oznaczają deklaracji zgody Szpitala na dokonanie zmiany umowy w wymienionych przypadkach, względnie na podjęcie rokowań idących w tym kierunku. Zgoda należy tu od swobodnej decyzji Szpitala. W każdym przypadku Szpital może odmówić zmiany lub podjęcia rokowań bez podania przyczyny, lub nie składać żadnych oświadczeń w tym względzie z równorzędnym skutkiem jak brak zgody.

§ 8 Termin związania umową

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia r. do dnia 31/12/2017 lub 2018 r.

§ 9 Inne postanowienia

- W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych i kodeksu cywilnego.
- Spory powstałe na tle umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Szpitala.
- Dostawca zobowiązuje się nie przelewać na osobę trzecią jakichkolwiek praw lub obowiązków wynikających z umowy, a w szczególności wierzytelności przysługujących mu od Szpitala na podstawie niniejszej umowy bez jego pisemnej zgody pod rygorem nieważności.
- Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach – jeden egzemplarz dla Dostawcy i dwa egzemplarze dla szpitala.

Wykaz załączników:

- Wykaz ilościowo-asortymentowo-cenowy przedmiotu zamówienia- Załącznik Nr 1 do SIWZ, części nr
- Formularz ofertowy - Załącznik nr 2 do SIWZ dla części Nr

DOSTAWCA

SZPITAL

Zmienia się na:

Załącznik nr 4 do SIWZ ZP/14/2016

UMOWA

dostawy nr/Lek/2016
zawarta w dniu pomiędzy:

Szpitałem Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o. z siedzibą w Świnoujściu, (72-600 Świnoujście), ul. Mieszka I 7, zarejestrowanym w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Zachodniopomorskiego pod nr 000000018145 oraz w Krajowym Rejestrze Sądowym – rejestrze prowadzonym przez Sąd Rejonowy w Szczecin-Centrum w Szczecinie – XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS0000490038, NIP: 855—158-34-67, zwanym w treści umowy „**Szpitałem**”,

reprezentowanym przez:

Prezesa Zarządu – Dorotę Konkolewską

a

.....
zwanym w treści umowy „Dostawcą”

reprezentowanym przez:

.....

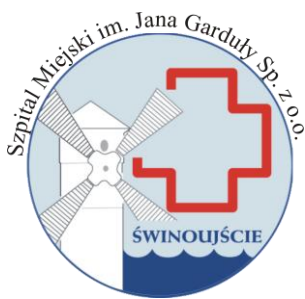
Niniejszą umowę zawarto w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego na **dostawę leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych** (zwanych dalej przedmiotem dostawy lub produktami) na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tj.: Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 ze zm.)

§ 1 Przedmiot zamówienia

1. Dostawca zobowiązuje się dostarczać bezpośrednio do Działu Farmacji Szpitala mieszczącego się w Świnoujściu, przy ul. Mieszka I 7, a Szpital zobowiązuje się do odbioru przedmiotu dostawy szczegółowo określonego co do asortymentu w specyfikacji zapotrzebowania stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszej umowy - dotyczącej części (-ów) nr oraz w ilościach określonych w zamówieniach szczegółowych składanych przez Szpital.
2. Dostawca dostarczać będzie przedmiot dostawy w następujących terminach:
 - a) leki i wyroby medyczne w ciągu godzin od złożenia zamówienia, do godziny 13:00.
 - b) środki spożywcze w ciągugodzin od złożenia zamówienia, do godziny 13:00
 - c) na CITO w terminie do 12 godz. od złożenia Zamówienia.
3. Szpital będzie składał zamówienia Dostawy do godz. 13:00. Jeżeli dostawa przypadać będzie na dzień wolny od pracy lub w sobotę dostawa nastąpi w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu wolnym.
4. Ilości wskazane w Załączniku Nr 1 do niniejszej umowy – zostały podane orientacyjnie i mogą ulec zmianie w zależności od rzeczywistych potrzeb Szpitala. Ilości zostały podane jedynie by ułatwić sporządzenie i skalkulowanie oferty. W trakcie realizacji niniejszej umowy Szpital zastrzega sobie prawo do zmiany zamawianych ilości w poszczególnych pozycjach części, poprzez ich zwiększenie lub zmniejszenie w ramach danego części, z tym jednak zastrzeżeniem, że nie zostanie przekroczona ogólna wartość danej części wynikająca z oferty cenowej Dostawcy oraz stanowiąca wartość umowy. Z tytułu zamówienia produktów w mniejszej ilości niż wskazana w załączniku 1, Dostawcy nie przysługuje żądanie zapłaty wynagrodzenia przewyższającego wynagrodzenie za faktycznie zamówione produkty ani żadna forma odszkodowania.

§ 2 Realizacja przedmiotu umowy

1. Dostawca zobowiązuje się dostarczać przedmiot dostawy na własny koszt i ryzyko, zgodnie z zamówieniami szczegółowymi.. Szpital zobowiązuje się składać Dostawcy zamówienie szczegółowe w formie pisemnej, faksem, za pośrednictwem poczty elektronicznej lub telefonicznie. Dostawca potwierdzi odbiór zamówienia faksem lub za pośrednictwem poczty elektronicznej niezwłocznie po jego otrzymaniu.
2. Dostawca zapewnia realizację dostaw poszczególnych partii przedmiotu dostawy w oryginalnych opakowaniach wraz z ulotkami, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz własnym transportem gwarantując należyte zabezpieczenie przedmiotu dostawy przed czynnikami pogodowymi, uszkodzeniami itp. Transport przedmiotu dostawy będzie odpowiadał wymaganiom przewidzianym w obowiązujących przepisach i dostosowany do właściwości przedmiotu dostawy.
3. W przypadku braku przedmiotu dostawy z przyczyn niezależnych od Dostawcy, Dostawca dostarczy Szpitalowi przedmiot dostawy równoważny, w cenie określonej w niniejszej umowie, po uprzedniej akceptacji Szpitala.
4. Dostawca zobowiązuje się dostarczać przedmiot dostawy należytej jakości określonej w odrębnych przepisach. Przedmiot dostawy winien posiadać świadectwo rejestracji, które zostanie okazane Zamawiającemu na każde wezwanie, w terminie 3 dni od wezwania.
5. Dostawca udziela Szpitalowi gwarancji co do jakości przedmiotu dostawy. Termin używalności przedmiotu dostawy nie będzie krótszy niż 8 miesięcy od daty dostawy i zostanie określony na pojedynczych opakowaniach.
6. W przypadku stwierdzenia rozbieżności pomiędzy zamówieniem szczegółowym, a dokonaną dostawą, Szpital zgłosi ten fakt Dostawcy w ciągu 7 dni od dnia odbioru przedmiotu dostawy, chyba, że stwierdzenie rozbieżności w tym terminie będzie



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

niemożliwe lub utrudnione, także ze względu na niekorzystanie z przedmiotu dostawy. Inne zauważone wady Szpital zobowiązany jest zgłosić niezwłocznie po ich wykryciu.

7. Termin rozpatrzenia reklamacji wynosi 7 dni od dnia otrzymania przez Dostawcę pisemnego lub wysłanego za pośrednictwem poczty elektronicznej zawiadomienia Szpital o wystąpieniu wad. Brak stanowiska w tym terminie uznaje się za pozytywne rozpatrzenie reklamacji. W terminie rozpatrzenia reklamacji, Dostawca dostarczy Zamawiającemu produkty wolne od wad.
8. Szpital zastrzega sobie prawo do korzystania z czasowych bądź okresowych promocji wprowadzanych przez producenta lub Dostawcę. Ewentualne obniżki cen nie stanowią zmiany postanowień niniejszej umowy i nie wymagają zawarcia odrębnego aneksu.

§ 3 Wykonanie zastępcze

1. Jeżeli Dostawca nie wywiąże się terminowo z dostawy lub nie dostarczy produktów wolnych od wad, Szpitalowi przysługuje prawo odstąpienia od dostawy lub części dostawy niedoręczonej w terminie lub wadliwej i dokonania interwencyjnego zakupu u innego Dostawcy na koszt i ryzyko Dostawcy (koszt transportu, różnica w cenie), bez odrębnego wzywania.
2. Wydłużenie terminu realizacji poszczególnych zamówień jednostkowych (dostaw) może nastąpić wyłącznie w przypadku działania siły wyższej. W takim przypadku Dostawca niezwłocznie zawiadomi Szpital o powyższych okolicznościach pisemnie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej przedstawiając dowody potwierdzające zaistnienie powyższych okoliczności oraz wskaże proponowany termin dostawy. Nowy termin realizacji dostawy zostanie ustalony przez Strony umowy.

§ 4 Wynagrodzenie

1. Za dostawę poszczególnych partii przedmiotu dostawy, Szpital wypłaci Dostawcy wynagrodzenie wyliczone przez pomnożenie ceny jednostkowej poszczególnych produktów wymienionych w załączniku nr 1 do umowy przez ilość dostarczonych produktów danego rodzaju wynikających z zamówienia szczegółowego.
2. Strony przewidują, iż łączna wysokość wynagrodzenia za dostawy w okresie, na który została zawarta umowa dla części Nrwyniesie:
 - zł netto (słownie:...../100 zł)
 - zł VAT (słownie:...../100 zł)
 -zł brutto (słownie:...../100 zł)
3. Ceny brutto są cenami ryczałtowymi i zawierają w sobie w szczególności także koszt transportu przedmiotu dostawy do siedziby Szpitala oraz cło i podatek od towarów i usług.
4. Ostateczną wartość umowy określają zamówienia szczegółowe, składane przez Szpital w trakcie realizacji niniejszej umowy.
5. Zapłata należności za realizację poszczególnych partii przedmiotu dostawy wynikających z zamówienia szczegółowego nastąpi przelewem na rachunek Dostawcy wskazany w fakturze po doręczeniu zamówionych produktów, w terminie 30 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury Szpitalowi.
6. W przypadku realizacji kilku umów przez tego samego Dostawcę, pozycje dotyczące niniejszej umowy winny być fakturowane na oddzielnej fakturze.
7. Warunkiem zapłaty wynagrodzenia jest prawidłowo zrealizowany i odebrany przez Szpital bez zastrzeżeń przedmiot dostawy.
8. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Szpitala.

§ 5 Rozwiązanie, odstąpienie od umowy

1. Szpital zastrzega sobie prawo do rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym, bez wypowiedzenia w przypadku:
 - a) niewywiązania się przez Dostawcę z terminów realizacji zamówień lub doręczania produktów wolnych od wad,
 - b) dostarczenia przedmiotu dostawy złej jakości, nieodpowiadającej warunkom umowy,
 - c) dostarczania przedmiotu dostawy za pomocą transportu nie spełniającego wymogów przewidzianych przez odpowiednie przepisy,
 - d) nieprzedstawienia dowodu ubezpieczenia, zgodnie z § 6,
 - e) nieprzedstawienia dowodu rejestracji produktu,
 - f) innego istotnego naruszenia postanowień umowy.
2. W razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, Szpital może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od powzięcia wiadomości o tych okolicznościach.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 lub 2 Dostawca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego z tytułu wykonania części umowy.

§ 6 Polisa

1. Dostawca niniejszym oświadcza, że posiada aktualną (tj. ważną przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy) umowę ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej, związaną z wykonywaniem przedmiotu umowy na sumę gwarancyjną nie niższą niż *(wartość niniejszej umowy)*
2. Dostawca zobowiązuje się do utrzymania umowy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w ust. 1 przez okres trwania niniejszej umowy i w odpowiednim terminie przedstawi nowy aktualny dokument ubezpieczeniowy wraz z dokumentem opłaty składki.
3. Na żądanie Zamawiającego, Dostawca w terminie 4 dni od wezwania przedstawi Zamawiającemu dowód zawarcia umowy ubezpieczenia wraz z dowodem zapłaty składki.

§ 7 Kary umowne

1. Dostawca zapłaci Szpitalowi karę umowną w przypadku:
 - a) opóźnień w realizacji dostawy lub dostarczenia przedmiotu dostawy niezgodnie z zamówieniem lub produktu wolnego od wad - w wysokości 0,3% wartości brutto opóźnionej/niezgodnej z zamówieniem/wadliwej dostawy za każdy dzień opóźnienia, za każde opóźnienie lub za każdą niezgodną z zamówieniem dostawę; z tym że kara nie może przekroczyć 10 % wartości brutto opóźnionej/niezgodnej dostawy,
 - b) w razie niedostarczenia dostawy - w wysokości 5 % umownej wartości brutto niedostarczonej części dostawy,
 - c) za wypowiedzenie/odstąpienie od umowy przez Zamawiającego ze skutkiem natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Dostawy – w wysokości 5 % wartości umowy brutto, określonej w § 4 ust. 2 umowy.
2. Jeżeli szkoda rzeczywista będzie wyższa niż kara umowna, Szpital będzie uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywistej poniesionej szkody.

§ 8 Zmiany umowy

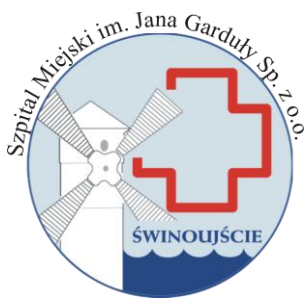
1. Wszelkie zmiany i uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.
2. Stosownie do art. 144 ust. 1 Prawo zamówień publicznych, Szpital dopuszcza możliwość zmiany umowy w przypadku zmiany dotyczącej:
 - a. w przypadku zmiany w mieniu Szpitala, które skutkować będą koniecznością skorygowania załączników do SIWZ lub zapisów umowy – w zakresie ilości przedmiotu umowy.
 - b. nastąpiła zmian nazwy handlowej oferowanego przedmiotu zamówienia – w zakresie określenia przedmiotu umowy,
 - c. zmiany konfekcjonowania dotyczącą pojemności lub ilości sztuk w opakowaniu przy nieprzekroczeniu ceny ofertowej za daną jednostkę,
 - d. wprowadzenia zamienników o takich samych parametrach o ile nie będą droższe niż cena ofertowa,
 - e. w przypadku wygaśnięcia pozwolenia na sprzedaż lub wycofanie leku, wyrobu medycznego z produkcji, na inny o tych samych parametrach i cenie;
 - f. wprowadzenia tańszego zamiennika o takich samych parametrach i niższej cenie;
 - g. dopuszcza się zmianę ceny w przypadku zaproponowania obniżki ceny ofertowej przez Dostawcę.
 - h. zmiany cen brutto może nastąpić w wyniku zmiany stawki VAT oraz jeżeli przedmiot dostawy zostanie obciążony obowiązkiem zapłacenia podatku, który nie obowiązywał w dniu podpisania umowy. Aneks powinien zawierać uzasadnienie wraz z kalkulacją ceny.
 - i. zmiana jest nieistotna
 - j. nastąpił brak produktów na rynku z przyczyn niezależnych od Dostawcy (np. wycofanie z rynku i zaprzestanie produkcji) – istnieje możliwość zastąpienia produktem o tym samym zastosowaniu, produktem równoważnym, ale przy cenie nie wyższej niż określona w umowie, chyba, że niemożność sprzedaży po tej samej cenie wynika z przyczyn niezależnych od Dostawcy, w szczególności, jeżeli ze względu na cenę producenta dostarczenie produktu po umówionej cenie groziłoby Dostawcy stratą – w takiej sytuacji dopuszcza się możliwość zmiany ceny.
3. Postanowienia ust. 2 nie oznaczają deklaracji zgody Szpitala na dokonanie zmiany umowy w wymienionych przypadkach, względnie na podjęcie rokowań idących w tym kierunku. W każdym przypadku Szpital może odmówić zmiany lub podjęcia rokowań bez podania przyczyny, lub nie składać żadnych oświadczeń w tym względzie z równorzędnym skutkiem jak brak zgody.

§ 9 Termin obowiązywania umowy

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia r. do dnia 31/12/2017 lub 31/12/2018 r.

§ 10 Inne postanowienia

1. Osobą uprawnioną do kontaktu z Zamawiającym ze strony Wykonawcy jest:.....



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

2. Osobą uprawnioną do kontaktu z Wykonawcą ze strony Zamawiającego jest:.....
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych i kodeksu cywilnego.
4. Spory powstałe na tle umowy rozstrzygał będzie Sąd właściwy miejscowo dla siedziby Szpitala.
5. Dostawca zobowiązuje się nie przelewać na osobę trzecią jakichkolwiek praw lub obowiązków wynikających z umowy, a w szczególności wierzytelności przysługujących mu od Szpitala na podstawie niniejszej umowy bez jego pisemnej zgody pod rygorem nieważności.
6. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach – jeden egzemplarz dla Dostawcy i dwa egzemplarze dla Szpitala.

Wykaz załączników:

1. Wykaz ilościowo-asortymentowo-cenowy przedmiotu zamówienia- Załącznik Nr 1 do SIWZ, części nr
2. Formularz ofertowy - Załącznik nr 2 do SIWZ dla części Nr
3. SIWZ

DOSTAWCA

SZPITAL

.....
(pieczęć wykonawcy)

Wykaz wykonanych zadań w postępowaniu pn.:
**Dostawa leków, wyrobów medycznych i artykułów spożywczych dla Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w
 Świnoujściu sp. z o. o.**

Nazwa Firmy

(.....)

Wykaz wykonanych w okresie trzech ostatnich lat (a jeżeli okres działalności firmy jest krótszy, to w tym okresie) dostaw o zakresach i wartościach odpowiadających zakresowi stanowiącemu przedmiot zamówienia, ukończonych lub wykonywanych w okresie ostatnich trzech lat.

Nazwa Przedsięwzięcia	Zamawiający i miejsce wykonania	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Wartość usług (brutto)

Uwaga:

- Wykonawca dołącza dokumenty potwierdzające właściwe wykonanie zadań ujętych w wykazie.
- Wykonawcy składający wspólnie ofertę łącznie mogą spełnić ten warunek wspólnie.

.....
/podpis/y osoby/osób/ upoważnionych



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

Było:

Załącznik nr 1 do siwz.

ZADANIE NR 1 -LEKI WYROBY MEDYCZNE ARTYKUŁY SPOŻYWCZE										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	j.m.	Ilość opakowań	Cena netto	Vat	Cena brutto	Wartość netto	Wartość VAT	Wartość brutto
1	ACENOCUMAROLUM 4MG X 60 TABL.		op.	8						
2	ACETAZOLAMIDUM 0.25G X 30 TABL.		op.	2						
3	ACETYLCYSTEINUM 300MG/3ML X 5 AMP.		op.	56						
4	ACICLOVIRUM PRÓSZ. DO. R-RU INF.0.5G X 10 FIOŁ.		op.	2						
5	ACIDUM ACETYLSALICYLICUM 75MG X 60 TABL. DOJEL.		op.	10						
6	ACIDUM ACETYLSALICYLICUM 150MG X 60 TABL. DOJEL.		op.	5						
7	ACIDUM ACETYLSALICYLICUM 300MG X 20 TABL.		op.	16						
8	ACIDUM FOLICUM 15MG X 30 TABL.		op.	2						
9	ACIDUM FOLICUM 5MG X 30 TABL.		op.	16						
10	ACIDUM ASCORBICUM 0,2G X 60 TABL.DRAŻ.		op.	14						
11	ACIDUM ASCORBICUM 0,1G X 60 TABL.DRAŻ.*		op.	1						
	ACIDUM ASCORBICUM 0,1G X 25 TABL.DRAŻ.*		op.	3						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
12	ACIDUM ASCORBICUM 0.5G/5ML X 10 AMP.		op.	100						
13	ACIDUM ASCORBICUM KROPLE 100MG/ML 40 ML		op.	2						
14	ACIDUM BORICUM R-R DO STOSÓW. NA SKÓRĘ 0.3G/1G 500G		op.	134						

15	ACIDUM TRANEXAMICUM 0.5G/5ML X 5 AMP.		op.	90						
16	ACIDUM URSODEOXYCHOLICUM 300MG X 50 KAPS.		op.	4						
17	ADENOSINUM 6MG/2ML X 6 FIOŁ.		op.	2						
18	ALAX X 20 TABL.DRAŻ. LUB RÓWNOWAŻNE		op.	10						
19	ALBUMIN HUMAN 20% 100ML R-R DO WLEW.DOŻ.		op.	420						
20	ALBUMIN HUMAN 20% 50ML R-R DO WLEW.DOŻ.		op-	10						
21	ALLANTOINUM MASC 30G		op.	100						
22	ALLANTOINUM ZASYPKA 100G		op.	4						
23	ALLANTOINUM, DEXPANTHENOLUM KREM 35G		op.	24						
24	ALLANTOINUM, DEXPANTHENOLUM MASC 30G		op.	3						
25	ALLOPURINOLUM 100MG X 50 TABL.		op.	18						
26	ALLOPURINOLUM 300MG X 30TABL.		op.	20						
27	ALPRAZOLAMUM 0.25MG X 30 TABL.		op.	30						
28	ALTEPLASUM INJ.20MG + ROZP. 20ML		op.	15						
29	ALUMINII ACETOTARTRAS 1G X 6 TABL.		op.	4						
30	ALPROSTADIL500MCG/MLX5AMP.1 ML		op.	1						
31	AMBROXOL HYDROCHLORIDE 7,5,G/ML 100ML PLYN DO INHALACJI		op.	3						
32	AMBROXOL HYDROCHLORIDE 7,5,G/ML 50ML KROPLE		op.	2						
33	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM 0.075G X 10 KAPS.O PRZEDŁ.UWALNIANIU		op.	35						
34	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM 15MG/2MLX 10 AMP*.		op.	38						
	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM 15MG/2MLX5AMP*		op.	76						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
35	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM SIR.15MG/5ML 120ML		op.	4						
36	AMIKACINUM 0.25G/2ML AMP.		op.	200						
37	AMIKACINUM 0.5G/2ML AMP.		op.	80						
38	AMIKACINUM 1G/4ML AMP.		op.	160						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

39	AMILORIDUM, HYDROCHLOROTHIAZIDUM 2,5MGX50TABL.		op.	20						
40	AMIODARONI HYDROCHLORIDUM 0,2G X 60 TABL. POWL.		op.	22						
41	AMIODARONI HYDROCHLORIDUM INJ. 150MG/3MLX5 AMP.		op.	480						
42	AMISULPRIDE 200MG X 30 TABL.		op.	1						
43	AMISULPRIDE 400MG X 30 TABL. POWL.		op.	1						
44	AMLODIPINUM 10 MG X 30 TABL.		op.	20						
45	AMLODIPINUM 5 MG X 30 TABL.		op.	40						
46	AMOXICILLINUM GRAN.500MG/5ML 60 ML		op.	6						
47	AMOXICILLINUM IG X 16 TABL.ROZPUSZCZALNYCH		op.	130						
48	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM 1G X 14 TABL. POWL.		op.	80						
49	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM PRO SUSP.457MG/5ML 70ML		op.	10						
50	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM PRO SUSP.457MG/5ML 140ML		op.	2						
51	AMPICILLINUM INJ.0.5G X 1 FIOŁ.		op.	25						
52	AMPICILLINUM INJ.IG X 1 FIOŁ.		op.	100						
53	AMPICILLINUM INJ.2G X 1 FIOŁ.		op.	140						
54	AMYLASUM, LIPASUM, PROTEASUM 25000J X20 KAPS.		op.	15						
55	ANIDULAFUNGINUM 100ML FIOŁKI ECALTA LUB RÓWNOWAŻNE		op.	80						
56	ANTAZOLINI MESILAS 0.1G/2ML X 10 AMP.		op.	4						
57	ANTITOXINUM VIPERICUM 500J. 1 AMP.		op.	2						
58	AQUA PRO INJ.10MLX 100AMP.		op.	6						
59	AQUA PRO INJ.5MLX 100AMP		op.	6						
60	ARGENTI NITRAS 1% KROPLE DO OCZU 0,5MLX 50SZT.PIPET		op.	4						

61	ARIPRAZOLUM 15MG X 28 TABL.		op.	1						
62	ARTEMISOL PLYN 100ML LUB RÓWNOWAŻNE		op.	20						
63	ASCORBIC ACID., RUTOSIDUM X 125 TABL. POWL.		op.	30						
64	ATORVASTATINUM 20MG X 28.-30TABL. POWL.		op.	10						
65	ATORVASTATINUM 40MG X 28.-30TABL. POWL.		op.	10						
66	ATROPINI SULFAS 0.5MG/ML X 10 AMP.		op.	78						
67	ATROPINI SULFAS 1 MG/ML X 10 AMP.		op.	14						
68	AZITHROMYCINUM 500MG X 3 TABLETKI POWL.		op.	5						
69	AZITHROMYCIN 500MG X 5 FIOL.SUBST.DO SPORZ.INFUZJI		op.	10						
70	BACLOFENUM 10MG X 50 TABL.		op.	4						
71	BACLOFENUM 25MG X 50 TABL.		op.	1						
72	BARIUM SULPHURICUM 200ML R-R		op.	20						
73	BELLADONNAE EXTR.SICC.PAPAVERINI HYDR. X 10 CZOPKÓW		op.	50						
74	BENCYCLANUM 100MG X60 TABL.		op.	1						
75	BENSERAZIDUM, LEVODOPUM 125 X 100 TABL.ROZP.		op.	1						
76	BENSERAZIDUM, LEVODOPUM 62,5 X 100 KAPS.		op.	1						
77	BENSERAZIDUM, LEVODOPUM HBS 125MG X 100 KAPS.		op.	1						
78	BENZYLIS BENZOAS 120ML NP.:SKIN PROTECT LUB RÓWNOWAŻNE		op.	20						
79	BENZYLPENICILLINUM KALICUM 1000 000 X 1 FIOL		op.	20						
80	BENZYLPENICILLINUM KALICUM 3 000 000 X 1 FIOL		op.	10						
81	BENZINUM FPV 1000 ML		op.	16						
82	BETAHISTINE 16MG X 60 TABL.		op.	8						
83	BETAMETHASONUM 4MG/ML X 1 AMP.		op.	900						
84	BETAXOLOLUM 20MG X 28TBL. POWL.		op.	6						
85	BIPEERIDEN HYDROCHLORIDE 2MG 50 TABL.		op.	1						
86	BISACODYLUM CZOPKI 0,01 G X 5 CZOPKÓW		op.	10						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

87	BISMUTHI SUBGALLAS 5 G PROSZEK DO STOS. NA SKÓRĘ		op.	2						
88	BISOPROLOLI FUMARAS 2.5MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	5						
89	BROMOCRIPTINI MESILAS 2.5MG X 30 TABL.		op.	2						
90	BUDESONIDUM ZAW. DO INH.Z NEBULIZ.0.25MG/1 ML X 20 POJ. A 2ML		op.	22						
91	BUDESONIDUM ZAW. DO INH.Z NEBULIZ.0.5MG/1 ML X 20 POJ. A 2ML		op.	70						
92	BUPIVACAINUM 0,5% 20ML X 5 FIOŁ./NP. MARCAINE LUB RÓWNOWAŻNY/		op.	4						
93	BUPIVACAINUM 0,5% R-R DO WSTRZ. 4ML X 5AMP.LUB FIOŁ./AMP.LUB FIOŁ. PAKOWANE INDYWIDUALNIE		op.	200						
94	BUPIVACAINUM c. ADREN. 0,5% 20ML X 5 FIOŁ. /NP. MARCAINE c.ADREN. LUB RÓWNOWAŻNY/		op.	2						
95	BUTAMIRATUM KROPLE 5MG/1 ML 20ML		op.	2						
96	BUTAMIRATUM SYROP 1.5MG/1ML 100ML		op.	2						
97	CALCIUM CHLORIDUM 10% X 10 AMP.		op.	760						
98	CALCU GLUBIONAS, CALCU LACTOBIONAS SIR.114MG Ca/5ML SMAK BANANOWY		op.	10						
99	CALCIUM GLUCONICUM X 50 TABL.		op.	2						
100	CALCIUM CARBONICUM 1000MG X100KAPS./0,4GCA2+		op.	6						
101	CAPTOPRILUM 12.5MG X 30 TABL.		op.	34						
102	CAPTOPRILUM 25MG X30 TABL.		op.	6						
103	CARBAMAZEPINUM 0,2G X 50 TABL.		op.	16						
104	CARBAMAZEPINUM 0,2G X 50 TABL.O PRZEDŁ.UWAL.		op.	4						
105	CARBAMAZEPINUM 0,3G X 50 TABL.O PRZEDŁ.UWAL.		op.	6						

106	CARBAMAZEPINUM 0,4G X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAL.		op.	2						
107	CARBETOCIN 100MCG/1 ML X 5AMP.		op.	2						
108	CARBO MEDICINALIS 200MG X 20 KAPS.		op.	30						
109	CARVEDILOLUM 12.5MG X 30 TABL. POWL.		op.	10						
110	CARVEDILOLUM 25MG X 30 TABL. POWL.		op.	2						
111	CARVEDILOLUM 6.25MG X 30 TABL. POWL.		op.	10						
112	CEFAZOLINUM INJ. 1G		op.	820						
113	CEFOTAXIMUM INJ. 1G		op.	1960						
114	CEFTAZIDIMUM INJ. 1G 1 FIOL.*		op.	140						
	CEFTAZIDIMUM INJ. 1G 10 FIOL.*		op.	14						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
115	CEFTAZIDIMUM INJ. 2G 1 FIOL.*		op.	100						
	CEFTAZIDIMUM INJ. 2G 10 BUT.*		op.	10						
	*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
116	CEFTRIAXONUM INJ. 1G		op.	200						
117	CEFUROXIMUM 500MG X 10 TABL. POWL.		op.	124						
118	CEFUROXIMUM ZAW.250MG/5 ML 50ML		op.	10						
119	CEFUROXIMUM inj. 750MG		fiol.	200						
120	CEFUROXIMUM inj. 1,5G		fiol.	7800						
121	CEREBROLYSINUM 0,2152 G/1 ML 5 AMP. a 10ML		op.	50						
122	CETIRIZINI DIHYDROCHLORIDUM 10MG X 30 TABL. POWL.		op.	20						
123	CETIRIZINI DIHYDROCHLORIDUM KROPLE 1% 10MG/ML20ML ZYRTEC ! LUB RÓWNOWAŻNE		op.	4						
124	CHLORPROMAZINUM INJ.0.05G/2ML X 10 AMP.		op.	2						
125	CHLORPROTHIXENUM 15MG X 50 TABL. POWL.		op.	1						
126	CHOLRAMPHENICOLUM MASC 2% 5G		op.	56						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

127	CHLORTALIDONUM 50MG X 20TABL.		op.	1						
128	CILAZAPRILUM 2.5MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
129	CILAZAPRILUM 5MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
130	CINNARIZINUM 25MG X 50 TABL.		op.	4						
131	CIPROFLOXACINUM 2MG/1 ML 200ML		op.	3290						
132	CIPROFLOXACINUM 500MG X 10 TABL. POWL.		op.	98						
133	CISATRACURIUM INJ.5MG/2.5ML X 5 AMP.		op.	700						
134	CITALOPRAM 20MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
135	CLARITHROMYCINUM 0.25G X 14 TABL. POWL.		op.	3						
136	CLARITHROMYCINUM 0,5G X 14 TABL. POWL.		op.	94						
137	CLARITHROMYCINUM 0,5G PR.DO PRZYG.R-RU DO INF.FIOL		op.	570						
138	CLARITHROMYCINUM ZAW. 250MG/5ML 100 ML*		op.	6						
	CLARITHROMYCINUM ZAW. 250MG/5ML 60 ML*		op.	10						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
139	CLEMASTINI FUMARAS 1 MG X 30 TABL.		op.	2						
140	CLEMASTINI FUMARAS 2MG/2MLX 5 AMP.		op.	66						
141	CLINDAMYCINUM 0,3G X 16 KAPS.		op.	16						
142	CLINDAMYCINUM 0.6G/4ML X 5 FIOL LUB AMP.		op.	55						
143	CLONAZEPAMUM 2MG X 30 TABL.		op.	3						
144	CLONAZEPAMUM INJ. 1 MG/1 MLX 10 AMP.		op.	6						

145	CLONIDINUM HYDROCHLORICUM 0.075MG X 50 TABL		op.	4						
146	CLOPIDOGRELUM 75MG X 28 TABL.POWL.		op.	20						
147	CLOTRIMAZOLUM 0,1 G X 6 TABL.DOPOCH.		op.	90						
148	CLOTRIMAZOLUM KREM 1% 20G		op.	15						
149	CLOXACILLINUM 1G FIOŁ		op.	60						
150	COAGULATION FACTOR VII LIOF. DO INJ. 2MG FIOŁ.+ROZP.		op.	1						
151	COLISTIMETHATUM NATRICUM 1 000 000J X 20 FIOŁ.		op.	21						
152	COLLAGENASUM MAŚĆ 1.2J/1G 20G		op.	4						
153	CYANOCOBALAMINUM 1000MCG/2ML X 5 AMP.		op.	4						
154	CYANOCOBALAMINUM 100MCG/1 MLX10 AMP.		op.	4						
155	DESMOPRESSINUM 4MCG/1MLX 10 AMP.		op.	1						
156	DEXAMETHASONI NATRII PHOSPHAS 4MG/1MLX10AMP.		op.	90						
157	DEXAMETHASONI NATRII PHOSPHAS 8MG/2MLX10AMP.		op.	80						
158	DEXAMETHASONUM 1 MG X 20TBL.		op.	20						
159	DEKSMEDETOMIDYNUM H/CHLR. 0,1MG/1ML 4ML 4FIOŁ.		op.	10						
160	DEXPANTHENOLUM AER. 130G		op.	6						
161	DEXPANTHENOLUM GEL 10G DO OCZU		op.	30						
162	DEXTRANUM 40 000 10% R-R 250ML		op.	40						
163	DEXTRANUM 40 000 10% R-R 500ML		op.	30						
164	DEXTROMETHORPHANI HYDROBROM. DEXPANTHENOLUM SYROP (0,015G+0,05G)/5ML 100ML		op.	2						
165	DIAZEPAMUM 10MG 2.5ML X 5 WLEW.D/ODB.		op.	1						
166	DIAZEPAMUM 10MG 2ML X 50 AMP.		op.	10						
167	DIAZEPAMUM 2MG X 20 TABL.		op.	10						
168	DIAZEPAMUM 5MG X 20 TABL. POWŁ.		op.	60						
169	DIAZEPAMUM 5MG 2.5ML X 5 WLEW.D/ODB.		op.	1						
170	DICLOFENACUM 50MG X 50 TABL.		op.	2						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

171	DICLOFENACUM AMP. 75MG/3ML X 5AMP			200						
	DICLOFENACUM AMP. 75MG/3ML X 10 AMP		op.	100						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
172	DICLOFENACUM CZOPKI 0,1 G X 10		op.	530						
173	DICLOFENACUM DIETHYLAMMONIUM 10-11,6MG/G 100G		op.	30						
174	DICLOFENAC SODIUM MISOPROSTOL 50MG+200MCG X 20 TABL.		op.	6						
175	DIETA O PODWYŻSZONEJ ZAWARTOŚCI BIAŁKA, Z ARGININĄ I BŁONNIKIEM, BEZGLUTENOWA 1000ML NP.; NUTRISON ADVANCED CUBISON 11 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	10						
176	DIGOXINUM 0,1 MG X 30 TABL.		op.	15						
177	DIGOXINUM 0.25MG X 30 TABL.		op.	15						
178	DIGOXINUM 0.5MG 2ML X 5 AMP.		op.	55						
179	DIHYDROCODEINI TARTRAS 0,06 G X 60 TABL.O ZMOD.UWALN.		op.	8						
180	DIMETHICONUM 50MG LUB SIMETICONUM 40MGX100 KAPS.		op.	36						
181	DIMETINDENI MALEAS KROPLE 20ML		op.	6						
182	DINOPROSTUM 5MG/1MLX 5 AMP.		op.	2						
183	DOPAMINI HYDROCHLORIDUM 0.2G/5ML X 10 AMP. 4%		op.	45						
184	DOXAZOSINUM 4MG X 30 TABL.		op.	28						
185	DOXEPINUM 10MG X 30 KAPS.		op.	1						
186	DOXEPINUM 25MG X 30 KAPS.		op.	1						
187	DOXYCYCUNUM 100MG X 10 TABL./KAPS.		op.	20						
188	DYDROGESTRONE 10MG X 20 TABL.		op.	3						

189	EMPLASTRI HYDROCOLLOIDOSA 10X10X 1 SZT. GRANUFLEX LUB RÓWNOWAŻNE		szt.	120						
190	EMPLASTRI HYDROCOLLOIDOSA 20 X20 X 1 SZT. GRANUFLEX LUB RÓWNOWAŻNE		szt.	5						
191	EMPLASTRI HYDROCOLLOIDOSA CIENKI 15 X15 X 1 SZT. GRANUFLEX LUB RÓWNOWAŻNE		szt.	170						
192	EMPLASTRI MICROFIBRICUM CELLULOSAE Z DODATKIEM WŁÓKIEN WZMACNIAJĄCYCH ZAWIERAJĄCE JONY SREBRA 10 X10 X 1 SZT. AQUACELL Ag EXTRA LUB RÓWNOWAŻNE		szt.	150						
193	EMPLASTRI MICROFIBRICUM CELLULOSAE Z DODATKIEM WŁÓKIEN WZMACNIAJĄCYCH ZAWIERAJĄCE JONY SREBRA 15X15 X 1 SZT. AQUACELL Ag EXTRA LUB RÓWNOWAŻNE		szt.	40						
194	AQUACELL HYDROFIBRE 5CMX5CM LUB RÓWNOWAŻNE		szt.	200						
195	EMULSJA DO KĄPIELI DO PIELĘGNACJI SKÓRY SUCHEJ, WRAŻLIWEJ, SKŁONNEJ DO PODRAŻNIEN I ALERGII 400ML ALLERCO LUB RÓWNOWAŻNE		op.	2						
196	ENALAPRILI MALEAS 10MG X 60 TABL.		op.	10						
	ENALAPRILI MALEAS 10MG X 30 TABL.		op	20						
	*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
197	ENALAPRILI MALEAS 20MG X 60 TABL.		op.	2						
	ENALAPRILI MALEAS 20MG X 30 TABL.		op	4						
	*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
198	EPHEDR.HYDR.THYMI EXTR., SAPONINUM SYROP 140G		op.	10						
199	EPHEDRINI HYDROCHLORIDUM 0.025G 1MLX 10 AMP.		op.	78						
200	EPINEPHRINUM0,1% 1MG1MLX 10 AMP.		op.	180						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

201	ERYTHROMYCINUM INTRAVENOSUM 0,3G P.DO PRZYG.R-RU DO INF.		op.	100						
202	ERYTHROMYCIN MASC DO OCZU 0,5% 2MG/G 3,5G		op.	2						
203	ESOMEPRAZOLUM INJ.40MG X 10 FIOŁ.		op.	76						
204	ESTAZOLAMUM 2MG X 20 TABL.		op.	150						
205	ESTRADIOLUM 2MG 28 TABL.POWL.		op.	2						
206	ESTRIOL KREM DOPOCHWOWY 1MG/G 25G +APLIKATOR		op.	5						
207	ETAMSYLATUM 0.25G X 30 TABL.		op.	20						
208	ETAMSYLATUM 12,5% 2MLX5AMP.		op.	4						
209	ETAMSYLATUM 12,5% 2MLX 50 AMP.		op.	49						
210	ETHANOLUM 70% 500ML		op.	25						
211	ETHYLIS CHLORIDUM AER.70G DO UŻ. ZEW.		op.	5						
212	ETOMIDATE INJ. 20MG/10ML X 5 AMP.		op.	20						
	ETOMIDATE INJ. 20MG/1 OML X 10 AMP.		op.	10						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
213	FAMOTIDINUM 20MG/5ML X 5 FIOŁ.		op.	106						
214	FENOTEROLI HYDROBROMIDUM INJ.0.5MG/10MLX 15 AMP.		op.	3						
215	FENTANYL SYST.TRANSDERM. 100MCG/H 5 PLASTRÓW		op.	6						
216	FENTANYLUM 0,1 MG2ML X 50 AMP.		op.	38						
217	FENTANYLUM 0.5MG/1 OML X 50AMP.		op.	200						
218	FENTANYLUM SYST.TRANSD. 25MCG/H X 5 PLASTRÓW		op.	28						
219	FENTANYLUM SYST.TRANSD. 50MCG/H X 5 PLASTRÓW		op.	22						

220	FERRI HYDROXYDUM POLYSOMALTOSUM SYROP50MG 100ML		op.	2						
221	FERRI HYDROXYDUM SACCHARUM 0,1 INJ.I.V.2MLX5AMP.		op.	4						
222	FERROSI SULFAS 80MG Fe2+ X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAL.		op.	40						
223	FERROUS GLUCONATE 23,2Fe2+ 50 DRAŻ. POWŁ.		op.	2						
224	FERRUM-ŻELAZO ELEMENTARNE W ZAWIESINIE 1MG/1ML DLA NOWORODKÓW (WCZEŚNIAKÓW), NIEMOWŁĄT I DZIECI 100ML INNOFER BABY LUB RÓWNOWAŻNE		op.	3						
225	FLUCONAZOLUM 150MG X 1 KAPS./TABL.		op.	95						
226	FLUDROCORTISONUM, GRAMICIDINUM, NEOMYCINUM ZAW.DOOCZU 1 USZU 5ML		op.	18						
227	FLUMAZENIL 0,1MG/1ML 5ML 5AMP.		op.	2						
228	FLUPENTIXOL DECANOATE 20MG/ML X 1 AMP.		op.	1						
229	FRESUBIN PROTEIN POWDER 300G LUB RÓWNOWAŻNE		op.	2						
230	FURAGINUM 50MG X 30 TABL.		op.	100						
231	FUROSEMIDUM 20MG/2ML X 5 AMP.		op.	10						
232	FUROSEMIDUM 20MG/2ML X 50 AMP.		op.	550						
233	FUROSEMIDUM 40MG X 30 TABL.		op.	150						
234	GABAPENTIN 300MG X 100KAPS.		op.	1						
235	GALANTAMINE HYDROBROMIDE 2.5MG/ML 10AMP 1 ML		op.	10						
236	GĄBKA Z FIBRYNOGENEM LUDZKIM I TROMBINĄ LUDZKĄ 3CM X 2,5CM TACHOSIL LUB RÓWNOWAŻNE		szt	8						
237	GENTAMICINUM 0.04G/1 ML2MLX 10 AMP. I.M.IV.		op.	30						
238	GLICEROLUM 1G X 10 CZOPKÓW		op.	2						
239	GLICEROLUM 2G X 10 CZOPKÓW		op.	44						
240	GLICLAZIDE 60MG X 30 TABL.O ZMOD.UWALN.		op.	5						
241	GLIMEPIRIDIM 1MG TABL. 30TABL.		op.	2						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

276	HYDROXYETHYLAMYŁUM, NATRII CHLORIDUM 6% R-R DO INF. 500ML		op.	220						
277	HYDROXYZINI HYDROCHLORIDUM 10MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	90						
278	HYDROXYZINI HYDROCHLORIDUM 25MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	95						
279	HYDROXYZINI HYDROCHLORIDUM INJ.0,1G/2MLX5 AMP.		op.	95						
280	HYDROXYZINI HYDROCHLORIDUM SYROP 250G		op.	4						
281	HYDROŻEL Z OKTENIDYNĄ NA RANY 20ML OCTENILIN LUB RÓWNOWAŻNE		op.	13						
282	HYMECROMONUM 0,2G X 50 TABL.		op.	2						
283	HYOSCINI BUTYLBROMIDUM 0.02G/ML X 10 AMP.		op.	160						
284	IBUPROFEN 125MG CZOPKI X 10 SZT.		op.	18						
285	IBUPROFEN 60MG CZOPKI X 10 SZT.		op.	6						
286	IBUPROFENUM ZAW. 100MG/5ML 120ML DO STOSOWANIA OD 3-MCA ŻYCIA		op.	4						
	IBUPROFENUM ZAW. 100MG/5ML 100 ML DO STOSOWANIA OD 3-MCA ŻYCIA		op.	4						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
287	IBUPROFENUM ZAW. 200MG/5ML 100ML DO STOSOWANIA OD 3-MCA ŻYCIA		op.	30						
288	IBUPROFENUM 200MG/X 60 TABL.POWŁ.		op.	4						
289	IMIPENEMUM, CILASTATINUM PR.DO P.R-RU DO INF. 0,5G+0,5G 120MLX 10 FIOL.		op.	125						
290	IMMUNOGLOB. HUMAN UM ANTY HBS 200J.M X 1 FIOL*		op.	4						

	IMMUNOGLOB. HUMAN UM ANTY HBS 180 J.MX1 FIOL*		op.	4						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
291	IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM ROZT.DO WLDOŻ. 1 G/10 ML		op.	4						
292	IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM ROZT.DO WLDOŻ. 5G/50 ML		op.	4						
293	INDAPAMIDUM 1,5MG X 30 TABL.O PRZEDŁ.UWALN.		op.	2						
294	INOSINUM PRANOBEXUM 50MG/ML 150ML		op.	2						
295	INOSINUM PRANOBEXUM 500MG 50TABL.		op.	2						
296	INSULINUM HUMANUM 40/60 (40%INSULINY ROZPUSZCZALNEJ 60%IZOFANOWEJ) ZAW.DO INJ.100J.M/ML 5 W KŁA 3 ML		op.	2						
297	INSULINUM HUMANUM 50/50 (50%INSULINY ROZPUSZCZALNEJ 50%IZOFANOWEJ) ZAW.DO INJ.100J.M/ML 5 W KŁA 3 ML		op.	2						
298	INSULINUM HUMANUM NEUTRALIS ZAW.DO INJ. 100J.M./1 ML 5 WKŁ. A 3 ML		op.	10						
299	INSULINUM HUMANUM 30/70 (30%INSULINY ROZPUSZCZALNEJ 70%IZOFANOWEJ) ZAW.DO INJ.100J.M/ML 5 W KŁA 3 ML		op.	10						
300	INSULINUM HUMANUM ISOPHANUM ZAW. DO INJ. 100J.M./1ML5WKŁ.A3ML		op.	2						
301	IPRATROPII BROMIDUM R-R DO INH.20ML		op.	25						
302	IPRATROPII BROMIDUM, FENOTEROLI HYDROB. R-R DO INH.20ML		op.	230						
303	ISOFLURANUM PŁYN 250ML X 6 BUTELEK DO PAROWNIKÓW BĘDĄCYCH NA WYPOSAŻENIU SZPITALA/PAROWNIK O WLEWIE TYPU DRAGER FILL/		op.	1						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

304	ISOSORBIDI MONONITRAS 50MG X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAL.		op.	4						
305	ISOSORBIDI MONONITRAS 75MG X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAL.		op.	2						
306	ITRACONAZOLE 100MG X 28 KAPS.		op.	3						
307	KALII CANRENOAS INJ.0.2G/1 OMLX10 AMP.		op.	22						
308	KALII CHLORIDUM 15% 150MG/MLX50 AMP.10ML*		op.	234						
	KALII CHLORIDUM 15% 150MG/MLX20 AMP.10ML*		op.	585						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
309	KALII CHLORIDUM 315MG JON KX 100 KAPS O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU*.		op.	3						
	KALII CHLORIDUM 315MG JON KX 50 KAPS O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU*		op.	6						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
310	KALII CHLORIDUM 391 MG JON KX 30 TABL.		op.	4						
311	KALIUM HYPERMANGANICUM 5G		op.	8						
312	KETAMINUM 500MG/10ML 5% X 5 FIOŁ.		op.	2						
313	KETOPROFENUM 100MG X 30 TABL. POWL.		op.	180						
314	KETOPROFENUM 100MG/2ML X 10 AMP.DO STOSOW.DOM. 1 DOŻ.		op.	634						

315	KONCENTRAT EMULSJI-PREPARAT WITAMINOWY DO INFUZJI DLA DOROSŁYCH ZAWIERAJĄCY WITAMINY ROZPUSTCZALNE W TŁUSZCZACH /NP.:VITALIPID N ADULT X 10 LUB RÓWNOWAŻNY/		op.	52						
316	LACIDIPINUM TABL. 4MG X 28 TABL.POWL.		op.	10						
317	LACTOBACILLUS RHAMNOSUS FORTE PROSZEK DO PRZYGOT.ZAW.DOUST.X 10 FIOŁ.		op.	68						
318	LACTOBACILLUS RHAMNOSUS GG 3 MILIARDY X 30 KAPS. NP: DICOFLOR 30 X 30 KAPS.LUB RÓWNOWAŻNE		op.	200						
319	LACTULOSUM SYROP 2.5MG/5ML 150ML		op.	180						
320	LEVOFLOXACINUM 500MG 10 TABL		op.	10						
321	LEVOMEPROMAZINI HYDROMALEAS 25MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	2						
322	LE VOTHYROXIN U M NATRICUM 100MCG X 100 TABL*		op.	9						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 100MCG X 50 TABL*		op.	18						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
323	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 25MCG X 100 TABL.*		op.	12						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 25MCG X 50 TABL.*		op.	24						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
324	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 50MCG X 100 TABL*		op.	6						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 50MCG X 50 TABL*		op.	12						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
325	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 75MCG X 100 TABL*		op.	6						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 75MCG X 50 TABL*		op.	12						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
326	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 1% 10MG/MX 10 AMP. 2ML		op.	78						
327	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 1% 10MG/ML X 5 FIOL. 20 ML		op.	80						
328	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 2% 20MG/MLX5FIOL.20ML		op.	288						
329	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE AER.100MG/G 10% 38G		op.	10						
330	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE ŻEL 2% A 30G		op.	12						
331	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE ŻEL 2% U 30G		op.	90						
332	LINCOMYCINI HYDROCHLORIDE R-R DO WSTRZ. 600MG/2ML X 1 AMP/FIOLKA.		op.	20						
	LINCOMYCINI HYDROCHLORIDE R-R DO WSTRZ. 600MG/2ML X 10 AMP.			2						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
333	LINEZOLIDUM R-R DOWLEW.2MG/1 ML 300MLX 10 WORKÓW		op.	15						
334	LISINAPRILUM 10MG X 28TBL.		op.	5						
335	LOPERAMIDUM HYDROCHLORIDE 2MG X 30 TABL.		op.	80						
336	LORATADINUM 10MG X 60 TABL.		op.	1						
337	LORAZEPAMUM 2,5 MG X 25 DRAŻ.		op.	1						
338	MACROGOLUM Z KOMPONENTĄ ASKORBINOWĄ I ELEKTROLITAMI PROSZEK DO SPORZ. ROZTW. 100 g X 4 SASZ*		op.	100						
339	MAGNESIUM HYDROASPART. PYRIDOXINI H/CHLOR.X 60 TABL.		op.	70						
340	MAGNESIUM SULFATE 20% 2G/10ML X 10 AMP.		op.	250						

341	MANNITOLUM 20% R-R 100ML SZKŁO		op.	3338						
342	MANNITOLUM 20% R-R 250ML SZKŁO		op.	420						
343	MEROPENEMUM 1G X 10 FIOL.S.SUCHA		op.	150						
344	MESALAZINE 500MG X 100 TABL.DOJELIT.		op.	1						
345	METAMIZOLUM NATRICUM 0,5G X 6 TABL.		op.	30						
346	METAMIZOLUM NATRICUM 2.5G/5ML X 5 AMP.		op.	450						
347	METFORMIN HYDROCHLORIDE 1000MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	5						
348	METFORMIN HYDROCHLORIDE 500MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	5						
349	METFORMINI H/CHLORIDUM 0.85G X 30 TABL. POWŁ.		op.	5						
350	METHYLDOPUM 0.25G X 50 TABL.		op.	11						
351	METHYLPREDNISOLONUM 16MGX30 TABL.*		op.	12						
	METHYLPREDNISOLONUM 16MGX50 TABL.*		op.	7						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
352	METHYLPREDNISOLONUM 4MG X 30 TABL.		op.	10						
353	METHYLPREDNISOLONI NATRII SUCCINAS 0,5G 1 FIOL. S.SUBS. +ROZP.		op.	50						
354	METHYLOSANILINI CHLORIDUM 1 % R- R WODNY 20G		op.	4						
355	METOCLOPRAMIDUM HYDROCHLORIDUM 10MG/2MLX5AMP.		op.	1100						
356	METOCLOPRAMIDUM 10MG X 50 TABL.		op.	10						
357	METOPROLOL SUCCINATE 23.75MG X 28 TABL.O PRZEDŁ. UWALNIANIU		op.	10						
358	METOPROLOL SUCCINATE 47.5MG X 28 TABL.O PRZEDŁ. UWALNIANIU		op.	50						
359	METOPROLOL SUCCINATE 95MG X 28 TABL.O PRZEDŁ. UWALNIANIU		op.	10						
360	METOPROLOLI TARTRAS 50MG X 30 TABL.		op.	4						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

361	METOPROLOLI TARTRAS INJ.5MG/5ML X 5 AMP.		op.	170						
362	METRONIDAZOLUM 0.25G X 20 TABL.		op.	32						
363	METRONIDAZOLUM 0,5% 100ML		op.	4950						
364	METRONIDAZOLUM, CHLORO.UINALDOLUM (200MG+100MG) 10 TABL.DOPOCHWOWYCH		op.	8						
365	MIDAZOLAMUM 15MG/3ML 3ML X 5AMP*		op.	1000						
	MIDAZOLAMUM 15 MG/3 ML 3ML X 10AMP*			500						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
366	MIDAZOLAMUM 5MG/5MLX 10 AMP.		op.	60						
367	MIDAZOLAMUM 7.5MG X 10 TABL. POWL.		op.	58						
368	MIRTAZAPINE 45MG 30 TABL.U LEGAJĄCE ROZPADOWI W JAMIE USTNEJ		op.	1						
369	MOLSIDOMINUM 4MG X 30 TABL.		op.	4						
370	MORPHINE SULPHATE 20MG X 60 TABL.POWL.		op.	4						
371	MORPHNUM 10MG/1 ML X 10 AMP.		op.	60						
372	MORPHINUM 20MG/1 ML X 10 AMP.		op.	120						
373	MULTWITAMIN X 50 TABL.		op.	4						
374	MUPIROCIN MAŚĆ DO NOSA 20MG/G 3G		op.	16						
375	MUPIROCIN KREMĆ 2% 15g		op.	4						
376	NALOXONI HYDROCHLORIDUM 0,4MG/MLX 10 AMP.		op.	40						

377	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 10 ML X 100 AMP.		op.	88						
378	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 5 ML X 100 AMP.		op.	4						
379	NATRII CHLORIDUM 10% R-R 10 ML X 100 AMP.		op.	16						
380	NATRII DIHYDROPHOSPHAS, NATRII HYDROPHOS 150ML PŁYN DOODBYT. 50 BUTELEK		op.	15						
381	NATRII GLYCEROPHOSPHAS HYDRICUS KONCENTRAT DO INF. 0,216G/1MLX 10 FIOL. 20 ML		op.	18						
382	NATRII HYDROCARBONAS 8,4% X 10 AMP. 20ML		op.	200						
383	NATRII TETRABORAS PŁYN 10G		op.	220						
384	NATRII VALPROAS ACIUM VALPROICUM TABL. O PRZEDŁ.UWALNIANIU 300MG X 30 TABL.		op.	2						
385	NATRII VALPROAS ACIUM VALPROICUM TABL. O PRZEDŁ.UWALNIANIU 500MG X 30 TABL.		op.	2						
386	NEBIVOLOL 5MG X 28 - 30 TABL		op.	5						
387	NEOMYCINI SULF. AER. 55ML		op.	25						
388	NEOMYCINI SULFAS UNG.OPHT. 0,5% 3G		op.	10						
389	NEOSTIGMINUM 0.5MG/1 MLX 10 AMP.		op.	64						
390	NICERGOLINE 30MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	4						
391	NIEJONOWY ŚRODEK KONTRASTOWY ZAWIERAJĄCY 300 MG JODU/ML, op.10 FIOLEK50ML		op.	4						
392	NIFUROXAZIDUM 0,1GX24TABL. POWŁ.		op.	4						
393	NITRENDIPINUM 10MG X 30 TABL.		op.	2						
394	NITRENDIPINUM 20MG X 30 TABL.		op.	2						
395	NOREPINEPHRINI BITARTRAS 1 MG/1 MLX 10 AMP.		op.	230						
396	NOREPINEPHRINI BITARTRAS 1 MG/1 ML 4ML 5 AMP.		op.	265						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

397	NORFLOXACINUM 400MG X 20 TABL. POWL.		op.	6						
398	NYSTATINUM 100 000J. X 10 TABL.VAG.		op.	10						
399	NYSTATINUM 500 000J. X 16 DRAŻ.		op.	2						
400	NYSTATINUM SUSP.2 400 000 J.M/5G 24 ML		op.	20						
401	OLANZAPINUM SWIFT 20MG TABL.ULEGAJĄCE ROZPADOWI W JAMIE USTNEJ X 28 TABL.		op.	1						
402	OLANZAPINUM 5MG X 30 TABL POWL.		op.	1						
403	OLANZAPINUM 10MG X 30 TABL POWL.		op.	1						
404	OLEJ MCT, WITAMINA KI 2 MG X 20 KAPS.TWIST.OFF DLA NOWORODKÓW*		op.	6						
	OLEJ MCT, WITAMINA KI 2 MG X 40 KAPS.TWIST.OFF DLA NOWORODKÓW*		op.	3						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
405	OMEPRAZOLUM 20MG X 28 KAPS.DOJEL.		op.	300						
406	OMEPRAZOLUM 40MG KAPS.DOJEL. X 28		op.	88						
407	ONDANSETRONUM 2MG/1 ML x 5 AMP. 4ML		op.	38						
408	OPATRUNEK HYDROŻELOWY SKŁADAJĄCY SIĘ Z 80% WODY, 15% GLIKOLU PROPYLENOWEGO, 5% PEKTYNY I KARBOKSYMETYLOCELULOZY SODU ŻEL 15G GRANUGEL LUB RÓWNOWAŻNE		op.	25						

409	ORNITHINI ASPARTAS 0.5G/1 ML X 10 AMP. 10ML		op.	2						
410	ORNITHINI ASPARTAS 150MG Z EKSTRAKTEM Z KARCZOCHA 50MG X 40TABL.		op.	118						
411	ORNITHINI ASPARTAS 500MG/5ML X 10 AMP.		op.	50						
412	OXYCODONE HYDROCHLORIDE 10MG/1ML 2ML 10AMP.		op.	10						
413	OXYMETAZOLINI HYDROCHLORIDUM 0,01% KROPLE DLA NIEMOWŁĄT 5 ML/TYP U NASMN SOFT LUB RÓWNOWAŻNE/		op.	6						
414	OXYMETAZOLINI HYDROCHLORIDUM 0,025% AEROSOL DO NOSA 0.25MG/1 ML 10ML/TYPU NASMN LUB RÓWNOWAŻNE/		op.	2						
415	OXYTETRAC, POLYMYXINUM B, HYDROCORTISONUM ZAW.5ML		op.	16						
416	OXYTOCINUM 5J.M/1 MLX5 AMP.		op.	150						
417	PAPAVERINI HYDROCHLORIDUM 40MG/2ML X 10 AMP.		op.	26						
418	PARACETAMOLUM 10MG/MLX 10 FIOŁ. LUB FLAK. 100ML*		op.	342						
	PARACETAMOLUM 10MG/MLX 12 FLAK. 100ML*			285						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
419	PARACETAMOLUM 10MG/ML X 10 FIOŁ. LUB FLAK. 50ML		op.	12						
	PARACETAMOLUM 10MG/ML X 12 FIOŁ. LUB FLAK. 50ML		op-	10						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
420	PARACETAMOLUM 125MG X 10 CZOPKÓW		op.	4						
421	PARACETAMOLUM 250MG X 10 CZOP.		op.	6						
422	PARACETAMOLUM 500MG X 10 CZOP.		op.	2						
423	PARACETAMOLUM 500MG X 20TABL*.		op.	780						
	PARACETAMOLUM 500MG X 60TABL*.		op.	260						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
424	PARACETAMOLUM 80MG X 10 CZOP.		op.	6						
425	PARACETAMOLUM 100MG/1ML KROPLE OD 0-3 LAT Z ZABEZPIECZONYM KROPLOMIERZEM 60ML PEDICITAMOL LUB RÓWNOWAŻNE		op.	10						
426	PARACETAMOLUM ZAW. 120MG/5ML 150G		op.	10						
427	PARAFFINUM LIQUIDUM 800G		op.	36						
428	PASKI TEST (ZNAJDUJĄCE SIĘ NA LIŚCIE WYROBÓW REFUNDOWANYCH) TYPU ixELL MINIMALNE WYMAGANIA AUTOKODOWANIE, BEZ CZIPÓW I RĘCZNEGO SPRAWDZANIA KODÓW, AUTOMATYCZNY WYRZUT PASKÓW, KAPILARA ZASYSAJĄCA NA SZCZYCIE PASKA TESTOWEGO. (LUB RÓWNOWAŻNE)		op.	440						
429	PEFLOXACINUM 400MG X 10 TABL. POWL.		op.	10						
430	PEFLOXACINUM 400MG/5ML X 10 AMP.		op.	20						
431	PENTOXIFYLLINUM 300MG/15ML X 10 AMP.		op.	80						
432	PENTOXIFYLLINUM 400MG X 60TABL. POWL.		op.	1						
433	PERAZINUM 0.025G X 20 TABL.		op.	1						
434	PERAZINUM 0,1 G X .30TABL.		op.	1						
435	PERINDOPRILUM ARGININE 10MG X 30 TABL.POWL		op.	2						
436	PERINDOPRILUM ARGININE 5MG X 30 TABL.POWL		op.	2						
437	PETHIDINUM 100MG/2MLX 10 AMP.		op.	80						
438	PETHIDINUM 50MG/ML X 10 AMP.		op.	15						
439	PHENOBARBITALUM 15MG X 10 CZOPKÓW		op.	24						

440	PHENOBARBITALUM 15MG X 10 TABL.		op.	2						
441	PHENYLBUTAZONUM 0.25G X 5 CZOP.		op.	30						
442	PHENYLBUTAZONUM UNG.30G		op.	112						
443	PHYTOMENADIONUM 10MG/1MLX 10 AMP.		op.	76						
444	PIANKA DO OCZYSZCZANIA SKÓRY NIEPOWODUJĄCA PODRAŻNIEŃ SKÓRY I BŁON ŚLUZOWYCH 400ML NP.; TENA LUB RÓWNOWAŻNE		op.	110						
445	PIPERACILLINUM NATR.TAZOBACTAMUM NATR.INJ.4,5GX10 FIOŁ.		op.	70						
446	PIRACETAMUM 1,2G X 60 TABL. POWŁ.		op.	30						
447	PIRACETAMUM 20% PŁYN DOUST. 150ML		op.	15						
448	PIRACETAMUM R-R DO WLEW.DOŻ. 12G/60ML		op.	500						
449	PŁYN INFUZYJNY- KONCENTRAT DIPEPTYDOWY 100ML/NP. :DIPEPTIVEN 0.2G/1ML 100ML LUB RÓWNOWAŻNY/		op.	530						
450	PŁYN ŻOŁĄDKOWY ZAPOBIEGAWCZY IZOTONICZNY 500ML		op.	900						
451	PŁYN UTRWALAJĄCY DO PRÓB CYTOLOGICZNYCH AEROSOL CYTOFIX LUB RÓWNOWAŻNY		op.	8						
452	POLYSTYRENE SULFONATE PROSZEK 1.42G Na/15G 454G		op.	2						
453	POVIDONE-IODINE MASC DO STOS.ZEW 20 G		op.	48						
454	POVIDONE-IODINE R-R DO STOS.ZEW1000ML.		op.	12						
455	PREDNISONUM 10MG X 20 TABL.		op.	10						
456	PREDNISONUM 20MG X 20 TABL.		op.	30						
457	PREPARAT WIELOWITAMINOWY DLA DZIECI W KROPLACH 10ML JUVIT MULTI LUB RÓWNOWAŻNE		op.	2						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

458	PROGESTERONUM 50MG X 30 TABL.PODJĘZYKOWE		op.	22						
459	PROGESTERONUM 50MG X 30 TABL.DOPOCHW.		op.	50						
460	PROMAZINI HYDROCHLORIDUM 25MG X 60 TABL.DRAŻ.		op.	8						
461	PROMAZINI HYDROCHLORIDUM 50MG X 60 TABL.DRAŻ.		op.	16						
462	PROMETHAZINI HYDROCHLORIDUM 10MG X 20 TABL.DRAŻ.		op.	20						
463	PROMETHAZINE H/CHLOR. 5MG/5ML SYROP 150ML		op.	2						
464	PROPAFENONI HYDROCHLORIDUM 150MG X 20 TABL. POWL.		op.	60						
465	PROPAFENONI HYDROCHLORIDUM 300MG X 20 TABL. POWL.		op.	20						
466	PROPAFENONI HYDROCHLORIDUM 70MG/20MLX 5 AMP.		op.	15						
467	PROPOFOLUM 1% 20MLX5 FIOL.		op.	1100						
468	PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM 10MG X 50 TABL.		op.	2						
469	PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM 1 MG/1 ML X 10 AMP.		op.	2						
470	PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM 40MG X 50 TABL.		op.	2						
471	PROTAMI NI SULFAS 0.05G/5ML INJ.		op.	1						
472	PYRANTEL 250MG/5ML KROPLE 15ML		op.	1						
473	PYRIDOXINI HYDROCHLORIDUM 50MG X 50 TABL.		op.	6						
474	PYRIDOXINI HYDROCHLORIDUM 50MG/2MLX5AMP.		op.	10						
475	OUETIAPINE 25MG X 30 TABL.POWL.		op.	30						
476	OUETIAPINE 100MG X 60TABL.POWL.		op.	8						
477	OUETIAPINE 200MG X 60TABL.POWL.		op.	1						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

491	SALBUTAMOL IMG/ML 20 AMP. 2.5ML DO INHAL.		op.	10						
492	SALBUTAMOL 2MG/ML 20 AMP. 2.5ML DO INHAL.		op.	28						
493	SALBUTAMOLUM 0.5MG/1 MLX 10AMP.		op.	4						
494	SEVOFLURANUM LUB RÓWNOWAŻNY- PŁYN DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO, 250ML		op.	8						
495	SIMETICONUM KROPLE 30ML DLA NIEMOWLĄT OD 28 DNIA ŻYCIA BOBOTIC LUB RÓWNOWAŻNE		op.	4						
496	SIMWASTATINUM 20MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	15						
497	SIMWASTATINUM 40MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	4						
498	SMOCZEK NUTRITIA STANDARD NA BUTELKĘ X 1 SZT. LUB RÓWNOWAŻNE		op.	40						
499	SOLCOSERYL MAŚĆ 5% 20G		op.	2						
500	SOLCOSERYL ŻEL 10% 20G		op.	2						
501	SOLE REHYDRACYJNE DLA NIEMOWLĄT I DZIECI X 10 SASZ. ORSALIT LUB RÓWNOWAŻNE		op.	4						
502	SOLE REHYDRACYJNE DLA NIEMOWLĄT I DZIECI X 10 SASZ.HYDRONEA BABY LUB RÓWNOWAŻNE		op.	3						
503	SOLE REHYDRACYJNE DLA DZIECI X 10 SASZ.HYDRONEA CITRON LUB RÓWNOWAŻNE		op.	3						
504	SOLUVIT N X 10 FIOL. LUB RÓWNOWAŻNE		op.	64						
505	SOTALOLUM 80MG X 30 TABL.		op.	14						

506	SPIR.SKAŻ.HIBITANEM 0,5% 1 L		op.	66						
507	SPIRAMYCINUM 3 000 000J.M. X 10 TABL. POWL.		op.	8						
508	SPIRONOLACTONUM 100MG X 20 TABL. POWL.		op.	18						
509	SPIRONOLACTONUM 25MG X 100 TABL.		op.	12						
510	SUDOCREM 250G		op.	20						
511	SULFACETAMIDUM NATRICUM 10% KROPLE DO OCZU 0,5MLX 12 MINIMSOW		op.	6						
512	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM 480 5ML X 10 AMP.		op.	62						
513	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM 480 X 20 TABL.np;BISEPTOL LUB RÓWNOWAŻNE		op.	6						
514	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM 960 X 10 TABL.NP:BISEPTOL LUB RÓWNOWAŻNE		op.	34						
515	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM ZAW. 100ML		op.	2						
516	SULFASALAZINUM EN 500MG X 100 TABL.POWL.		op.	6						
517	SULFATHIAZOLUM ARGENTUM KREM 2% 40G		op.	60						
518	SULPIRIDUM 100MGX24TABL.LUB KAPS.		op.	2						
519	SULPIRIDUM 50MG X 24 TABL. LUB KAPS.		op.	1						
520	SUXAMETHONIUM CHLORIDE 0,2G X 10 FIOŁ.		op.	20						
521	SZAMPON P/WSZAWICY LECZNICZY LIKVIDUJĄCY WSZY I GNIDY 100 ML PARANIT LUB RÓWNOWAŻNE		op.	26						
522	TELMISARTAN 80MG X 28 TABL		op.	1						
523	TERLIPRESSINUM 1 MG/8.5ML X 5 AMP.		op.	15						
524	THEOPHYLLINE 20MG/ ML 10 ML X 5 AMP.		op.	88						
525	THEOPHYLLINUM 100MG X 30 TABL.		op.	24						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

526	THEOPHYLLINUM 300MG X 50 TABL. POWL O PRZEDŁ. UWAL.		op.	36						
527	THEOPHYLLINUM R-R DO WLEW. 300MG 250ML		op.	1700						
528	THIAMAZOLUM 10MG X 50 TABL. POWL.		op.	6						
529	THIAMAZOLUM 5MG X 50 TABL. POWL.		op.	2						
530	THIAMINE HYDROCHLORIDE 25MG X 50 TABL.		op.	6						
531	THIAMINE HYDROCHLORIDE 25MG/ML X 10 AMP.		op.	20						
532	THIETHYLPE RAZINUM 6.5MG X 50 TABL. POWL.		op.	8						
533	THIETHYLPE RAZINUM 6.5MG X 6 SUPP.		op.	28						
534	TINIDAZOLUM 0,5G X 4 TABL. POWL.		op.	2						
535	TORASEMIDE 5MG X 30 TABL.		op.	2						
536	TORASEMIDE 10MG X 30 TABL.		op.	2						
537	TORMENTILE PREPARAT ZŁOŻONY MAŚĆ 20 G lub RÓWNOWAŻNY		op.	26						
538	TRAMADOLI HYDROCHLORIDUM 100MG/2MLX5AMP.		op.	300						
539	TRAMADOLI HYDROCHLORIDUM 50MG X 20 KAPS.		op.	32						
540	TRAMADOLI HYDROCHLORIDUM 50MG/MLX 5 AMP.		op.	100						
541	TRAMADOLUM 100MG/ML KROPLE10ML		op.	3						
542	TRANDOLAPRILUM 2MG X 28KAPS.		op.	1						
543	TRIMEBUTINUM 100MG X 30 TABL.		op.	3						
544	TRIMEBUTINE MALEATE, GRANULAT DO SPORZĄDZENIA ZAWIESINY (7.87MG/G) 250ML		op.	6						

545	TROPICAMIDUM 0,5% KROPLE DO OCZU 2X 5 ML		op.	1						
546	URAPIDILUM 25MG/5ML X 5 AMP.		op.	50						
547	UROSEPTX 60 TABL.DRAŻ.		op.	6						
548	VALSARTAN 80MG X 28 TABL.POWL.		op.	2						
549	VALSARTAN 160MG X 28 TABL.POWL.		op.	2						
550	VANCOMYCINI HYDROCHLORIDUM 0,5G X 1 FIOŁ.		op.	10						
551	VANCOMYCINI HYDROCHLORIDUM IG X 1 FIOŁ.		op.	368						
552	VECURONIUM BROMIDE 4MG X 10 AMP.		op.	4						
553	VERAPAMILI HYDROCHLORIDUM 120MGX40 TABL.POWL. 0 PRZEDŁ.UWALN.		op.	10						
554	VERAPAMILI HYDROCHLORIDUM 40MG X 20 TABL. POWŁ.		op.	15						
555	VITAMINUM F MAŚĆ 0.2G/1G 30 G		op.	10						
556	VORICONAZOLUM 200MG X 1 FIOŁ. W ZESTAWIE DO FORMULACJI BEZIGŁOWEJ		op.	100						
557	WARFARINUM NATRICUM 3MG X 100 TABL.		op.	4						
558	WARFARINUM NATRICUM 5MG X 100 TABL.		op.	10						
559	WOREK DWUKOMOROWY ZAWIERAJĄCY: 10% R-R AMINOKWASÓW Z WAPNIEM 1 CYNKIEM ORAZ 40% R-R GLUKOZY Z ELEKTROLITAMI 1 FOSFORANAMI 1,5L 4 WORKI/NP. :AMINOMIX 1 1500ML LUB RÓWNOWAŻNY/		op.	38						
560	XYLOMETHAZOLINI HYDROCHLORIDUM 0,1% W BUTELCE Z DOZOWNIKIEM		op.	10						
561	ZUCLOPENTHIXOL DECANOATE 200MG/MLX 1 AMP		op.	1						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

562	DIETA CZĄSTKOWA W PROSZKU BEZGLUTENOWA ZAWIERAJĄCA MALTODEKSTRYNĘ, MALTOZĘ, GLUKOZĘ 400G /NP.; FANTOMALT LUB RÓWNOWAŻNE		op.	1						
563	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA I ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO LUB INNA NP..BIAŁKA SOI ORAZ NIETOLERANCJĄ LAKTOZY 425G NUTRAMIGEN 2 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	1						
564	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA I ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO LUB INNĄ ALERGIĄ NP..BIAŁKA SOI ORAZ NIETOLERANCJĄ LAKTOZY OD 1 M-CA ŻYCIA 425G NUTRAMIGEN 1 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	1						
565	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA I ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO OD 1 M-CA ŻYCIA 450G/NP.; BEBILON PEPTI 1 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	8						

566	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO POWYŻEJ 6 MCA ŻYCIA 450G/NP.; BEBILON PEPTI 2 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	6						
567	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT NARAŻONYCH NA WYSTĄPIENIE ALERGII NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO 90ML/NP.; NAN PRO HA 1 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	64						
568	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT NARAŻONYCH NA WYSTĄPIENIE ALERGII NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO 400G/NP.;NAN PRO HA 1 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	12						
569	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT Z TENDENCJĄ DO ULEWAN 500G/NP.;NAN EXPERT AR LUB RÓWNOWAŻNE*		op.	5						
	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT Z TENDENCJĄ DO ULEWAN 350G/NP.;NAN EXPERT AR LUB RÓWNOWAŻNE*		op.	7						
	* Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
570	KASZKA MLECZNO-RYŻOWA Z BANANAMI 230G /PO 6 MI ES. ŻYCIA/		op.	20						
571	KASZKA MLECZNO-RYŻOWA Z MORELAMI 230G /PO 6 MI ES. ŻYCIA/		op.	10						
572	KASZKA RYŻOWA Z BANANAMI 180GPO 4 MIES.ŻYCIA /NA WODĘ/		op.	10						
573	KLEIK RYŻOWY 160G /PO 4 MIEŚ. ŻYCIA/		op.	20						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

574	MLEKO DLA WCZEŚNIAKÓW, NIEMOWLĄT Z NISKĄ WAGĄ URODZENIA 400G/NP.; PRENAN LUB RÓWNOWAŻNE		op.	4						
575	MLEKO POCZĄTKOWE DLA NIEMOWLĄT OD URODZENIA 350G/NP.; NAN PRO 1 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	10						
576	MLEKO NASTĘPNE Z KLEIKIEM RYŻOWYM POWYŻEJ 6-GO M-CA ŻYCIA/NP.; BEBIKO 2R LUB RÓWNOWAŻNE		op.	20						
577	ZUPKA JARZYNOWA /PO 4 MIES. ŻYCIA/ a 120- 130G		op.	60						
Razem										

Poz. od nr 296 do nr 300 zamawiający wymaga produktów jednego producenta.

ZADANIE NR 2 -LEKI										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	j.m.	Ilość opakowań	Cena netto	Vat	Cena brutto	Wartość netto	Wartość vat	Wartość brutto
1	ENOXAPARINUM NATRICUM 100MG/1ML x 10 AMP.- STRZ.		op.	35						
2	ENOXAPARINUM NATRICUM 40MG/0,4ML x 10 AMP.-STRZ		op.	620						
3	ENOXAPARINUM NATRICUM 60MG/0,6ML x 10 AMP- STRZ.		op.	330						
4	ENOXAPARINUM NATRICUM 80MG/0,8ML x 10 AMP.- STRZ.		op.	140						
5	ACIDUM VALPROICUM SYROP 0,2882G/5ML 150 ML		op.	1						
6	BISOPROLOLUM 10MG X 30 TABL POWL.*		op.	5						
7	BISOPROLOLUM 5MG X 30 TABL. POWL.*		op.	20						

8	DROTAVERINI HYDROCHLORIDUM 40MG X 20 TABL.		op.	130						
9	DROTAVERINI HYDROCHLORIDUM 40MG X 5 AMP.		op.	420						
10	DROTAVERINI HYDROCHLORIDUM 80MG X 20 TABL.		op.	60						
11	FLUCONAZOLUM I.V.200MG/100ML X 1FLAK.*		op.	1220						
12	LEVOFLOXACINUM 500MG/100MLR- RDO INF.1FIOL.		op.	20						
13	LOSARTANUM KALICUM 0,05G X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
14	OMEPRAZOLUM 40MG X 1 FIOL..		op.	5200						
15	RAMIPRILUM 0,01G X 28 - 30 TABL.		op.	5						
16	RAMIPRILUM 2,5MG X 28 - 30 TABL.		op.	5						
17	RAMIPRILUM 5MG X 28 - 30 TABL.		op.	5						
18	TEICOPLANINUM 0,4G S.SUCHA FIOL.+ROZP.		op.	120						
Razem										

ZADANIE NR 7-LEKI										
Lp.	Nazwa	Nazwa handlowa	J.m.	Ilość opak.	Cena netto	VAT	Cena brutto	Wartość netto	Wartość VAT	Wartość brutto
1	AQUA PRO INJ.100 ML		szt	2740						
2	AQUA PRO INJ.500ML		szt	300						
3	AMIKACINUM 1G ROZTWÓR GOTOWY do podania 100 ml		szt	300						
4	POLIHEKSANIDYNA PŁYN NA RANY 40MLProntosan lub równoważne		op.	150						
5	GELATINA PART.HYDROL, NATRIi CHLORIDUM 4% R-R do infuzji 500 ml x 1 flak.		szt	10						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

6	GLUCOSUM 10% R-R 500 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	2950						
7	GLUCOSUM 20% R-R 500 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	100						
8	GLUCOSUM 5% R-R 250 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	800						
9	GLUCOSUM 5% R-R 500 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	4840						
10	KONCENTRAT ROZTWORU INFUZYJNEGO DLA DOROSŁYCH ZAWIERAJĄCY PIERWIASTKI ŚLADOWE 5AMP. A 10 ML TYPU TRACUTIL LUB RÓLWNOWAŻNE		op.	120						
11	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 100 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	11800						
12	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 250 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	6360						
13	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 500 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	10320						
14	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 500 ML PŁYN do przepłukiwania z odkręcaną główką		szt	1000						
15	NATRII CHLORIDUM 0.9% R-R 1000 ML Z 2 PORTAMI TEJ SAMEJ WIELKOŚCI, ZABEZPICZONYMI, NIE WYMAGAJĄCE DEZYNFEKCJI, X 1 FLAK		szt	470						
16	NUTRISON ENERGY 500ML 635 KJ/100ML 500 ML LUB RÓWNOWAŻNE		szt	120						

17	NUTRISON STANDARD 500ML PŁYN ODŻYWKA LUB RÓWNOWAŻNE		szt	130						
18	PEPTISORB 500ML PŁYN LUB RÓWNOWAŻNE		szt	42						
19	PŁYN DO ŻYWIENIA DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO - ZBILANSOWANA NORMOKALORYCZNA DIETA ZAWIERAJĄCA BŁONNIK DLA PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ LUB UPOŚLEDZONĄ TOLERANCJĄ GLUKOZY 1000ML/NP.: DIASON 1000MLLUB RÓWNOWAŻNY/		szt	240						
20	PŁYN FIZJOLOGICZNY WIELOELEKTROLITOWY IZOTONICZNY 500ML OP.TYPU ECOFLAC		szt	9220						
21	PŁYN FIZJOLOGICZNY WIELOELEKTROLITOWY IZOTONICZNY 1000ML OP.TYPU ECOFLAC		szt	400						
22	ROZTWÓR AMINOKWASÓW 10%DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI CZYNNOŚCI WĄTROBY BEZ ELEKTROLITÓW I WĘGLOWODANÓW/AMINOPLASMAŁ LUB RÓWNOWAŻN E/		szt	20						
23	SOLUTIO RINGERI 500ML		szt	4220						
24	TETRASPAN 0,01 G/ML HES 500ML X 1 BUTEL.LUB RÓWNOWAŻN E W ROZTWORZE ELEKTOLITÓW Z WAPNIEM		szt	40						
25	TETRASPAN 0,06G/ML HES 500ML LUB RÓWNOWAŻNE W ROZTWORZE ELEKTOLITÓW Z WAPNIEM		szt	10						
26	WOREK TRZYKOMOROWY - EMULSJA DO INFUZJI, ZAWIERAJĄCA AMINOKWASY Z ELEKTROLITAMI, GLUKOZĘ Z FOSFORANAMI, LIPIDYMCT/LCT ORAZ KWASY OMEGA 3 1250ML. DO ŻYWIENIA DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH X 1 WOREK		szt	600						
27	WOREK TRZYKOMOROWY - ZESTAW 2 R-R 1 EMULSJA DO SPORZĄDZENIA INFUZJI, ZAWIERAJĄCA AMINOKWASY Z ELEKTROLITAMI, GLUKOZĘ Z FOSFORANAMI, LIPIDYMCT/LCT 1875ML X 1 WOREK. DO ŻYWIENIA DROGĄ ŻYŁ OBWODOWYCH		szt	10						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

28	WOREK TRZYKOMOROWY - ZESTAW 2 R-R 1 EMULSJA DO SPORZĄDZENIA INFUZJI, ZAWIERAJĄCA AMINOKWASY Z ELEKTROLITAMI, GLUKOZĘ Z FOSFORANAMI, LIPIDYMCT/LCT 1250ML X 1 WOREK. DO ŻYWIENIA DROGĄ ŻYŁ OBWODOWYCH		szt	190						
29	WOREK TRZYKOMOROWY - EMULSJA DO INFUZJI, ZAWIERAJĄCA AMINOKWASY Z ELEKTROLITAMI, GLUKOZĘ Z FOSFORANAMI, LIPIDYMCT/LCT ORAZ KWASY OMEGA 3 1875ML. DO ŻYWIENIA DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH X 1 WOREK		szt.	150						
30	WOREK TRZYKOMOROWY - EMULSJA DO INFUZJI, ZAWIERAJĄCA AMINOKWASY Z ELEKTROLITAMI, GLUKOZĘ Z FOSFORANAMI, LIPIDYMCT/LCT ORAZ KWASY OMEGA 3 2500ML. DO ŻYWIENIA DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH X 1 WOREK		szt.	30						
Razem:										

Zmienia się na:

Załącznik nr 1 do siwz.

ZADANIE NR 1 -LEKI WYROBY MEDYCZNE ARTYKUŁY SPOŻYWCZE										
Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	j.m.	Ilość opakowań	Cena netto	Vat	Cena brutto	Wartość netto	Wartość VAT	Wartość brutto
1	ACENOCUMAROLUM 4MG X 60 TABL.		op.	8						
2	ACETAZOLAMIDUM 0.25G X 30 TABL.		op.	2						
3	ACETYLCYSTEINUM 300MG/3ML X 5 AMP.		op.	56						
4	ACICLOVIRUM PRÓSZ. DO. R-RU INF.0.5G X 10 FIOŁ.		op.	2						

5	ACIDUM ACETYLSALICYLICUM 75MG X 60 TABL. DOJEL.		op.	10						
6	ACIDUM ACETYLSALICYLICUM 150MG X 60 TABL. DOJEL.		op.	5						
7	ACIDUM ACETYLSALICYLICUM 300MG X 20 TABL.		op.	16						
8	ACIDUM FOLICUM 15MG X 30 TABL.		op.	2						
9	ACIDUM FOLICUM 5MG X 30 TABL.		op.	16						
10	ACIDUM ASCORBICUM 0,2G X 60 TABL.DRAŻ.		op.	14						
11	ACIDUM ASCORBICUM 0,1G X 60 TABL.DRAŻ.*		op.	1						
	ACIDUM ASCORBICUM 0,1G X 25 TABL.DRAŻ.*		op.	3						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
12	ACIDUM ASCORBICUM 0.5G/5ML X 10 AMP.		op.	100						
13	ACIDUM ASCORBICUM KROPLE 100MG/ML 40 ML		op.	2						
14	ACIDUM BORICUM R-R DO STOSÓW. NA SKÓRĘ 0.3G/1G 500G		op.	134						
15	ACIDUM TRANEXAMICUM 0.5G/5ML X 5 AMP.		op.	90						
16	ACIDUM URSODEOXYCHOLICUM 300MG X 50 KAPS.		op.	4						
17	ADENOSINUM 6MG/2ML X 6 FIOŁ.		op.	2						
18	ALAX X 20 TABL.DRAŻ. LUB RÓWNOWAŻNE		op.	10						
19	ALBUMIN HUMAN 20% 100ML R-R DO WLEW.DOŻ.		op.	420						
20	ALBUMIN HUMAN 20% 50ML R-R DO WLEW.DOŻ.		op-	10						
21	ALLANTOINUM MASC 30G		op.	100						
22	ALLANTOINUM ZASYPKA 100G		op.	4						
23	ALLANTOINUM, DEXPANTHENOLUM KREM 35G		op.	24						
24	ALLANTOINUM, DEXPANTHENOLUM MASC 30G		op.	3						
25	ALLOPURINOLUM 100MG X 50 TABL.		op.	18						
26	ALLOPURINOLUM 300MG X 30TABL.		op.	20						
27	ALPRAZOLAMUM 0.25MG X 30 TABL.		op.	30						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

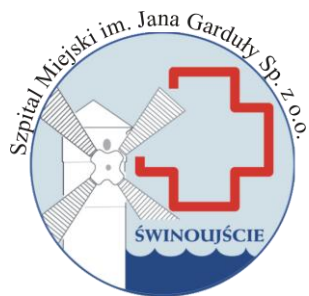
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

28	ALTEPLASUM INJ.20MG + ROZP. 20ML		op.	15						
29	ALUMINII ACETOTARTRAS 1G X 6 TABL.		op.	4						
30	ALPROSTADIL500MCG/MLX5AMP.1 ML		op.	1						
31	AMBROXOL HYDROCHLORIDE 7,5,G/ML 100ML PŁYN DO INHALACJI		op.	3						
32	AMBROXOL HYDROCHLORIDE 7,5,G/ML 50ML KROPLE		op.	2						
33	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM 0.075G X 10 KAPS.O PRZEDŁ.UWALNIANIU		op.	35						
34	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM 15MG/2MLX 10 AMP*.		op.	38						
	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM 15MG/2MLX5AMP*		op.	76						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
35	AMBROXOLI HYDROCHLORIDUM SIR.15MG/5ML 120ML		op.	4						
36	AMIKACINUM 0.25G/2ML AMP.		op.	200						
37	AMIKACINUM 0.5G/2ML AMP.		op.	80						
38	AMIKACINUM 1G/4ML AMP.		op.	160						
39	AMILORIDUM, HYDROCHLOROTHIAZIDUM 2,5MGX50TABL.		op.	20						
40	AMIODARONI HYDROCHLORIDUM 0,2G X 60 TABL. POWL.		op.	22						
41	AMIODARONI HYDROCHLORIDUM INJ. 150MG/3MLX5 AMP.		op.	480						
42	AMISULPRIDE 200MG X 30 TABL.		op.	1						
43	AMISULPRIDE 400MG X 30 TABL. POWL.		op.	1						
44	AMLODIPINUM 10 MG X 30 TABL.		op.	20						
45	AMLODIPINUM 5 MG X 30 TABL.		op.	40						
46	AMOXICILLINUM GRAN.500MG/5ML 60 ML		op.	6						

47	AMOXICILLINUM IG X 16 TABL.ROZPUSZCZALNYCH		op.	130						
48	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM 1G X 14 TABL. POWL.		op.	80						
49	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM PRO SUSP.457MG/5ML 70ML		op.	10						
50	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM PRO SUSP.457MG/5ML 140ML		op.	2						
51	AMPICILLINUM INJ.0.5G X 1 FIOŁ.		op.	25						
52	AMPICILLINUM INJ.IG X 1 FIOŁ.		op.	100						
53	AMPICILLINUM INJ.2G X 1 FIOŁ.		op.	140						
54	AMYLASUM, LIPASUM, PROTEASUM 25000J X20 KAPS.		op.	15						
55	ANIDULAFUNGINUM 100ML FIOŁKI ECALTA LUB RÓWNOWAŻNE		op.	80						
56	ANTAZOLINI MESILAS 0.1G/2ML X 10 AMP.		op.	4						
57	ANTITOXINUM VIPERICUM 500J. 1 AMP.		op.	2						
58	AQUA PRO INJ.10MLX 100AMP.		op.	6						
59	AQUA PRO INJ.5MLX 100AMP		op.	6						
60	ARGENTI NITRAS 1% KROPLE DO OCZU 0,5MLX 50SZT.PIPET		op.	4						
61	ARIPRAZOLUM 15MG X 28 TABL.		op.	1						
62	ARTEMISOL PŁYN 100ML LUB RÓWNOWAŻNE		op.	20						
63	ASCORBIC ACID., RUTOSIDUM X 125 TABL. POWL.		op.	30						
64	ATORVASTATINUM 20MG X 28.-30TABL. POWL.		op.	10						
65	ATORVASTATINUM 40MG X 28.-30TABL. POWL.		op.	10						
66	ATROPINI SULFAS 0.5MG/ML X 10 AMP.		op.	78						
67	ATROPINI SULFAS 1 MG/ML X 10 AMP.		op.	14						
68	AZITHROMYCINUM 500MG X 3 TABLETKI POWL.		op.	5						
69	AZITHROMYCIN 500MG X 5 FIOŁ.SUBST.DO SPORZ.INFUZJI		op.	10						
70	BACLOFENUM 10MG X 50 TABL.		op.	4						
71	BACLOFENUM 25MG X 50 TABL.		op.	1						
72	BARIUM SULPHURICUM 200ML R-R		op.	20						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

73	BELLADONNAE EXTR.SICC.PAPAVERINI HYDR. X 10 CZOPKÓW		op.	50						
74	BENCYCLANUM 100MG X60 TABL.		op.	1						
75	BENSERAZIDUM, LEVODOPUM 125 X 100 TABL.ROZP.		op.	1						
76	BENSERAZIDUM, LEVODOPUM 62,5 X 100 KAPS.		op.	1						
77	BENSERAZIDUM, LEVODOPUM HBS 125MG X 100 KAPS.		op.	1						
78	BENZYLIS BENZOAS 120ML NP.:SKIN PROTECT LUB RÓWNOWAŻNE		op.	20						
79	BENZYL PENICILLINUM KALICUM 1000 000 X 1 FIOL		op.	20						
80	BENZYL PENICILLINUM KALICUM 3 000 000 X 1 FIOL		op.	10						
81	BENZINUM FPV 1000 ML		op.	16						
82	BETAHISTINE 16MG X 60 TABL.		op.	8						
83	BETAMETHASONUM 4MG/ML X 1 AMP.		op.	900						
84	BETAXOLOLUM 20MG X 28TBL. POWL.		op.	6						
85	BIPEERIDEN HYDROCHLORIDE 2MG 50 TABL.		op.	1						
86	BISACODYLUM CZOPKI 0,01 G X 5 CZOPKÓW		op.	10						
87	BISMUTHI SUBGALLAS 5 G PROSZEK DO STOS. NA SKÓRĘ		op.	2						
88	BISOPROLOLI FUMARAS 2.5MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	5						
89	BROMOCRIPTINI MESILAS 2.5MG X 30 TABL.		op.	2						
90	BUDESONIDUM ZAW. DO INH.Z NEBULIZ.0.25MG/1 ML X 20 POJ. A 2ML		op.	22						
91	BUDESONIDUM ZAW. DO INH.Z NEBULIZ.0.5MG/1 ML X 20 POJ. A 2ML		op.	70						
92	BUPIVACAINUM 0,5% 20ML X 5 FIOL/NP. MARCAINE LUB RÓWNOWAŻNY/		op.	4						

93	BUPIVACAINUM 0,5% R-R DO WSTRZ. 4ML X 5AMP.LUB FIOL./AMP.LUB FIOL. PAKOWANE INDYWIDUALNIE		op.	200						
94	BUPIVACAINUM c. ADREN. 0,5% 20ML X 5 FIOL ./NP .MARCAINE c.ADREN. LUB RÓWNOWAŻNY/		op.	2						
95	BUTAMIRATUM KROPLE 5MG/1 ML 20ML		op.	2						
96	BUTAMIRATUM SYROP 1.5MG/1ML 100ML		op.	2						
97	CALCIUM CHLORIDUM 10% X 10 AMP.		op.	760						
98	CALCU GLUBIONAS, CALCU LACTOBIONAS SIR.114MG Ca/5ML SMAK BANANOWY		op.	10						
99	CALCIUM GLUCONICUM X 50 TABL.		op.	2						
100	CALCIUM CARBONICUM 1000MG X100KAPS./0,4GCA2+		op.	6						
101	CAPTOPRILUM 12.5MG X 30 TABL.		op.	34						
102	CAPTOPRILUM 25MG X30 TABL.		op.	6						
103	CARBAMAZEPINUM 0,2G X 50 TABL.		op.	16						
104	CARBAMAZEPINUM 0,2G X 50 TABL.O PRZEDŁ.UWAL.		op.	4						
105	CARBAMAZEPINUM 0,3G X 50 TABL.O PRZEDŁ.UWAL.		op.	6						
106	CARBAMAZEPINUM 0,4G X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAL.		op.	2						
107	CARBETOCIN 100MCG/1 ML X 5AMP.		op.	2						
108	CARBO MEDICINALIS 200MG X 20 KAPS.		op.	30						
109	CARVEDILOLUM 12.5MG X 30 TABL. POWL.		op.	10						
110	CARVEDILOLUM 25MG X 30 TABL. POWL.		op.	2						
111	CARVEDILOLUM 6.25MG X 30 TABL. POWL.		op.	10						
112	CEFAZOLINUM INJ. 1G		op.	820						
113	CEFOTAXIMUM INJ. 1G		op.	1960						
114	CEFTAZIDIMUM INJ. 1G 1 FIOL.*		op.	140						
	CEFTAZIDIMUM INJ. 1G 10 FIOL.*		op.	14						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
115	CEFTAZIDIMUM INJ. 2G 1 FIOL.*		op.	100						
	CEFTAZIDIMUM INJ. 2G 10 BUT.*		op.	10						
	*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
116	CEFTRIAXONUM INJ. 1G		op.	200						
117	CEFUROXIMUM 500MG X 10 TABL. POWL.		op.	124						
118	CEFUROXIMUM ZAW.250MG/5 ML 50ML		op.	10						
119	CEFUROXIMUM inj. 750MG		fiol.	200						
120	CEFUROXIMUM inj. 1,5G		fiol.	7800						
121	CEREBROLYSINUM 0,2152 G/1 ML 5 AMP. a 10ML		op.	50						
122	CETIRIZINI DIHYDROCHLORIDUM 10MG X 30 TABL. POWL.		op.	20						
123	CETIRIZINI DIHYDROCHLORIDUM KROPLE 1% 10MG/ML20ML ZYRTEC ! LUB RÓWNOWAŻNE		op.	4						
124	CHLORPROMAZINUM INJ.0.05G/2ML X 10 AMP.		op.	2						
125	CHLORPROTHIXENUM 15MG X 50 TABL. POWL.		op.	1						
126	CHOLRAMPHENICOLUM MASC 2% 5G		op.	56						
127	CHLORTALIDONUM 50MG X 20TABL.		op.	1						
128	CILAZAPRILUM 2.5MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
129	CILAZAPRILUM 5MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
130	CINNARIZINUM 25MG X 50 TABL.		op.	4						
131	CIPROFLOXACINUM 2MG/1 ML 200ML		op.	3290						
132	CIPROFLOXACINUM 500MG X 10 TABL. POWL.		op.	98						

133	CISATRACURIUM INJ.5MG/2.5ML X 5 AMP.		op.	700						
134	CITALOPRAM 20MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
135	CLARITHROMYCINUM 0.25G X 14 TABL. POWL.		op.	3						
136	CLARITHROMYCINUM 0,5G X 14 TABL. POWL.		op.	94						
137	CLARITHROMYCINUM 0,5G PR.DO PRZYG.R-RU DO INF.FIOL		op.	570						
138	CLARITHROMYCINUM ZAW. 250MG/5ML 100 ML*		op.	6						
	CLARITHROMYCINUM ZAW. 250MG/5ML 60 ML*		op.	10						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
139	CLEMASTINI FUMARAS 1 MG X 30 TABL.		op.	2						
140	CLEMASTINI FUMARAS 2MG/2MLX 5 AMP.		op.	66						
141	CLINDAMYCINUM 0,3G X 16 KAPS.		op.	16						
142	CLINDAMYCINUM 0.6G/4ML X 5 FIOL LUB AMP.		op.	55						
143	CLONAZEPAMUM 2MG X 30 TABL.		op.	3						
144	CLONAZEPAMUM INJ. 1 MG/1 MLX 10 AMP.		op.	6						
145	CLONIDINUM HYDROCHLORICUM 0.075MG X 50 TABL		op.	4						
146	CLOPIDOGRELUM 75MG X 28 TABL.POWL.		op.	20						
147	CLOTRIMAZOLUM 0,1 G X 6 TABL.DOPOCH.		op.	90						
148	CLOTRIMAZOLUM KREM 1% 20G		op.	15						
149	CLOXACILLINUM 1G FIOL		op.	60						
150	COAGULATION FACTOR VII LIOF. DO INJ. 2MG FIOL.+ROZP.		op.	1						
151	COLISTIMETHATUM NATRICUM 1 000 000J X 20 FIOL.		op.	21						
152	COLLAGENASUM MAŚĆ 1.2J/1G 20G		op.	4						
153	CYANOCOBALAMINUM 1000MCG/2ML X 5 AMP.		op.	4						
154	CYANOCOBALAMINUM 100MCG/1 MLX10 AMP.		op.	4						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

155	DESMOPRESSINUM 4MCG/1MLX 10 AMP.		op.	1						
156	DEXAMETHASONI NATRII PHOSPHAS 4MG/1MLX10AMP.		op.	90						
157	DEXAMETHASONI NATRII PHOSPHAS 8MG/2MLX10AMP.		op.	80						
158	DEXAMETHASONUM 1 MG X 20TBL.		op.	20						
159	DEKSMEDETOMIDYNUM H/CHLR. 0,1MG/1ML 4ML 4FIOL.		op.	10						
160	DEXPANTHENOLUM AER. 130G		op.	6						
161	DEXPANTHENOLUM GEL 10G DO OCZU		op.	30						
162	DEXTRANUM 40 000 10% R-R 250ML		op.	40						
163	DEXTRANUM 40 000 10% R-R 500ML		op.	30						
164	DEXTROMETHORPHANI HYDROBROM. DEXPANTHENOLUM SYROP (0,015G+0,05G)/5ML 100ML		op.	2						
165	DIAZEPAMUM 10MG 2.5ML X 5 WLEW.D/ODB.		op.	1						
166	DIAZEPAMUM 10MG 2ML X 50 AMP.		op.	10						
167	DIAZEPAMUM 2MG X 20 TABL.		op.	10						
168	DIAZEPAMUM 5MG X 20 TABL. POWL.		op.	60						
169	DIAZEPAMUM 5MG 2.5ML X 5 WLEW.D/ODB.		op.	1						
170	DICLOFENACUM 50MG X 50 TABL.		op.	2						
171	DICLOFENACUM AMP. 75MG/3ML X 5AMP			200						
	DICLOFENACUM AMP. 75MG/3ML X 10 AMP		op.	100						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
172	DICLOFENACUM CZOPKI 0,1 G X 10		op.	530						
173	DICLOFENACUM DIETHYLAMMONIUM 10-11,6MG/G 100G		op.	30						

174	DICLOFENAC SODIUM MISOPROSTOL 50MG+200MCG X 20 TABL.		op.	6						
175	DIETA O PODWYŻSZONEJ ZAWARTOŚCI BIAŁKA, Z ARGININĄ I BŁONNIKIEM, BEZGLUTENOWA 1000ML NP.; NUTRISON ADVANCED CUBISON 11 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	10						
176	DIGOXINUM 0,1 MG X 30 TABL.		op.	15						
177	DIGOXINUM 0.25MG X 30 TABL.		op.	15						
178	DIGOXINUM 0.5MG 2ML X 5 AMP.		op.	55						
179	DIHYDROCODEINI TARTRAS 0,06 G X 60 TABL.O ZMOD.UWALN.		op.	8						
180	DIMETHICONUM 50MG LUB SIMETICONUM 40MGX100 KAPS.		op.	36						
181	DIMETINDENI MALEAS KROPLE 20ML		op.	6						
182	DINOPROSTUM 5MG/1MLX 5 AMP.		op.	2						
183	DOPAMINI HYDROCHLORIDUM 0.2G/5ML X 10 AMP. 4%		op.	45						
184	DOXAZOSINUM 4MG X 30 TABL.		op.	28						
185	DOXEPINUM 10MG X 30 KAPS.		op.	1						
186	DOXEPINUM 25MG X 30 KAPS.		op.	1						
187	DOXYCYCUNUM 100MG X 10 TABL./KAPS.		op.	20						
188	DYDROGESTRONE 10MG X 20 TABL.		op.	3						
189	EMPLASTRI HYDROCOLLOIDOSA 10X10X 1 SZT. GRANUFLEX LUB RÓWNOWAŻNE		szt.	120						
190	EMPLASTRI HYDROCOLLOIDOSA 20 X20 X 1 SZT. GRANUFLEX LUB RÓWNOWAŻNE		szt.	5						
191	EMPLASTRI HYDROCOLLOIDOSA CIENKI 15 X15 X 1 SZT. GRANUFLEX LUB RÓWNOWAŻNE		szt.	170						
192	EMPLASTRI MICROFIBRICUM CELLULOSAE Z DODATKIEM WŁÓKIEN WZMACNIAJĄCYCH ZAWIERAJĄCE JONY SREBRA 10 X10 X 1 SZT. AOUACELL Ag EXTRA LUB RÓWNOWAŻNE		szt.	150						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

193	EMPLASTRI MICROFIBRICUM CELLULOSAE Z DODATKIEM WŁÓKIEN WZMACNIAJĄCYCH ZAWIERAJĄCE JONY SREBRA 15X15 X 1 SZT. AOUACELL Ag EXTRA LUB RÓWNOWAŻNE		szt.	40						
194	AOUACELL HYDROFIBRE 5CMX5CM LUB RÓWNOWAŻNE		szt.	200						
195	EMULSJA DO KĄPIELI DO PIEŁĘGNACJI SKÓRY SUCHEJ, WRAŻLIWEJ, SKŁONNEJ DO PODRAŻNIENI I ALERGII 400ML ALLERCO LUB RÓWNOWAŻNE		op.	2						
196	ENALAPRILI MALEAS 10MG X 60 TABL.		op.	10						
	ENALAPRILI MALEAS 10MG X 30 TABL.		op	20						
	*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
197	ENALAPRILI MALEAS 20MG X 60 TABL.		op.	2						
	ENALAPRILI MALEAS 20MG X 30 TABL.		op	4						
	*Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
198	EPHEDR.HYDR.THYMI EXTR., SAPONINUM SYROP 140G		op.	10						
199	EPHEDRINI HYDROCHLORIDUM 0.025G 1MLX 10 AMP.		op.	78						
200	EPINEPHRINUM0,1% 1MG1MLX 10 AMP.		op.	180						
201	ERYTHROMYCINUM INTRAVENOSUM 0,3G P.DO PRZYG.R-RU DO INF.		op.	100						
202	ERYTHROMYCIN MASC DO OCZU 0,5% 2MG/G 3,5G		op.	2						
203	ESOMEPRAZOLUM INJ.40MG X 10 FIOŁ.		op.	76						
204	ESTAZOLAMUM 2MG X 20 TABL.		op.	150						
205	ESTRADIOLUM 2MG 28 TABL.POWL.		op.	2						

206	ESTRIOL KREM DOPOCHWOWY 1MG/G 25G +APLIKATOR		op.	5						
207	ETAMSYLATUM 0.25G X 30 TABL.		op.	20						
208	ETAMSYLATUM 12,5% 2MLX5AMP.		op.	4						
209	ETAMSYLATUM 12,5% 2MLX 50 AMP.		op.	49						
210	ETHANOLUM 70% 500ML		op.	25						
211	ETHYLIS CHLORIDUM AER.70G DO UŻ. ZEW.		op.	5						
212	ETOMIDATE INJ. 20MG/10ML X 5 AMP.		op.	20						
	ETOMIDATE INJ. 20MG/1 OML X 10 AMP.		op.	10						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
213	FAMOTIDINUM 20MG/5ML X 5 FIOŁ.		op.	106						
214	FENOTEROLI HYDROBROMIDUM INJ.0.5MG/10MLX 15 AMP.		op.	3						
215	FENTANYL SYST.TRANSDERM. 100MCG/H 5 PLASTRÓW		op.	6						
216	FENTANYLUM 0,1 MG2ML X 50 AMP.		op.	38						
217	FENTANYLUM 0.5MG/1 OML X 50AMP.		op.	200						
218	FENTANYLUM SYST.TRANSD. 25MCG/H X 5 PLASTRÓW		op.	28						
219	FENTANYLUM SYST.TRANSD. 50MCG/H X 5 PLASTRÓW		op.	22						
220	FERII HYDROXYDUM POLYSOMALTOSUM SYROP50MG 100ML		op.	2						
221	FERRI HYDROXYDUM SACCHARUM 0,1 INJ.I.V.2MLX5AMP.		op.	4						
222	FERROSI SULFAS 80MG Fe2+ X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAL.		op.	40						
223	FERROUS GLUCONATE 23,2Fe2+ 50 DRAŻ. POWŁ.		op.	2						
224	FERRUM-ŻELAZO ELEMENTARNE W ZAWIESINIE 1MG/1ML DLA NOWORODKÓW (WCZEŚNIAKÓW), NIEMOWLĄT I DZIECI 50 ML INNOFER BABY LUB RÓWNOWAŻNE		op.	6						
225	FLUCONAZOLUM 150MG X 1 KAPS./TABL.		op.	95						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

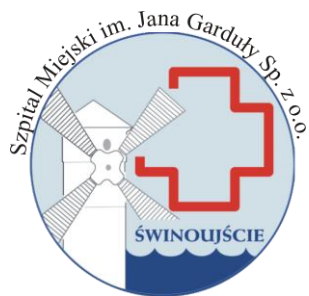
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

226	FLUDROCORTISONUM, GRAMICIDINUM, NEOMYCINUM ZAW.DOOCZU 1 USZU 5ML		op.	18						
227	FLUMAZENIL 0,1MG/1ML 5ML 5AMP.		op.	2						
228	FLUPENTIXOL DECANOATE 20MG/ML X 1 AMP.		op.	1						
229	FRESUBIN PROTEIN POWDER 300G LUB RÓWNOWAŻNE		op.	2						
230	FURAGINUM 50MG X 30 TABL.		op.	100						
231	FUROSEMIDUM 20MG/2ML X 5 AMP.		op.	10						
232	FUROSEMIDUM 20MG/2ML X 50 AMP.		op.	550						
233	FUROSEMIDUM 40MG X 30 TABL.		op.	150						
234	GABAPENTIN 300MG X 100KAPS.		op.	1						
235	GALANTAMINE HYDROBROMIDE 2.5MG/ML 10AMP 1 ML		op.	10						
236	GĄBKA Z FIBRYNOGENEM LUDZKIM I TROMBINĄ LUDZKĄ 3CM X 2,5CM TACHOSIL LUB RÓWNOWAŻNE		szt	8						
237	GENTAMICINUM 0.04G/1 ML2MLX 10 AMP. I.M.IV.		op.	30						
238	GLICEROLUM 1G X 10 CZOPKÓW		op.	2						
239	GLICEROLUM 2G X 10 CZOPKÓW		op.	44						
240	GLICLAZIDE 60MG X 30 TABL.O ZMOD.UWALN.		op.	5						
241	GLIMEPIRIDIM 1MG TABL. 30TABL.		op.	2						
242	GLIMEPIRIDIM 2MG TABL. 30TABL.		op.	2						
243	GLIMEPIRIDIM 3MG TABL. 30TABL.		op.	2						
244	GLINOKRZEMIAN PROSZEK DOSPORZ.ZAW.DOUST.3.76G X 30 SASZ.. SMECTA LUB RÓWNOWAŻNE/		op.	4						
245	GLUCAGON H/CHLOR. IMG 1 FIOL.+ROZP.+1 STRZYK.		op.	1						
246	GLUCOSUM 20% 10 ML X 10 AMP.		op.	6						
247	GLUCOSUM 40% 10 ML X 10 AMP.		op.	1						

248	GLUCOSUM 10% R-R 100 ML OPAK.STOJĄCE Z PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	120						
249	GLUCOSUM 5% R-R 100 ML OPAK.STOJĄCE Z PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	300						
250	GLUCOSUM 5%, NATRII CHLORIDUM 0,9%1:1 R-R 250MLOPAK.STOJĄCE Z PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	80						
251	GLUCOSUM 5%, NATRII CHLORIDUM 0,9%1:1 R-R 500MLOPAK.STOJĄCE Z PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	200						
252	GLUCOSUM 5%, NATRII CHLORIDUM 0,9%2:1 R-R 250MLOPAK.STOJĄCEZ PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	180						
253	GLUCOSUM 5%, NATRII CHLORIDUM 0,9%2:1 R-R 500MLOPAK.STOJĄCEZ PORTAMI RÓŻNEJ WIELKOŚCI		op.	80						
254	GLUCOSUM SUBST.75G		op.	44						
255	GLYCEROLI TRINITRAS AER. 0.4MG/DAWKĘ 200DAW.		op.	4						
256	GLYCEROLI TRINITRAS 10MG 10ML X 10 AMP*		op.	10						
	GLYCEROLI TRINITRAS 10MG 10ML X 50 AMP*		op.	2						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
257	HALOPERIDOLUM 1 MG X 40 TABL.		op.	5						
258	HALOPERIDOLUM 2MG/1 ML 100ML KROPLE		op.	8						
259	HALOPERIDOLUM 5MG/1 ML X 10 AMP.		op.	50						
260	HALOPERIDOLI DECANOAS 50MG AMP. 5 AMP		op.	1						
261	HEMORECTAL X 10 CZOP. LUB RÓWNOWAŻNE		op.	15						
262	HEPARINUM NATRICUM 25000J.M./5ML X 10 FIOŁ.LUB AMP.		op.	36						
263	HEPARINUM 500IU 5ML 10AMP PŁYN DO PRZEMYWANIA I UTRZYMANIA DROŻNOŚCI WSZELKICH DOSTĘPÓW NACZYNIOWYCH.		op.	2						
264	HEPARINUM NATRICUM KREM20G		op.	25						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

265	HIPPOCASTANI CORTICIS, LIDOCAINI HYDROCHL. MAŚĆ DOODBYT. 30G		op.	2						
266	HYDROCHLOROTHIAZIDUM 12,5MGX30 TABL.		op.	10						
267	HYDROCORTISONE 20MG X 20 TABL.		op.	1						
268	HYDROCORTISONUM 100MG X 5 FIOL.+ ROZP.		op.	442						
269	HYDROCORTISONUM 25MG X 5 FIOL.+ ROZP.		op.	15						
270	HYDROCORTISONUM KREM 1% 15G		op.	26						
271	HYDROCORTISONUM, OXYTETRACYCLINUM AER. 55ML		op.	1						
272	HYDROCORTISONUM, OXYTETRACYCLINUM MAŚĆ DO OCZU 3G		op.	12						
273	HYDROGENII PEROXIDUM 100G 3 % PŁYN DO STOS.NA SKÓRĘ I BŁONY ŚLUZ. /PRZECHOW. W TEMP.POK./		op.	540						
274	HYDROKOŁOIDOWYŻEL NA RANY I ODLEŻYNY MIN. 75G HYDROSIL LUB RÓWNOWAŻNY		op.	10						
275	HYDROXYETHYLAMYLUM 10% R-R DO INF.500ML*		op.	300						
	HYDROXYETHYLAMYLUM 10% R-R DO INF.500MLX 10FLAK*		op.	26						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
276	HYDROXYETHYLAMYLUM, NATRII CHLORIDUM 6% R-R DO INF. 500ML		op.	220						
277	HYDROXYZINI HYDROCHLORIDUM 10MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	90						
278	HYDROXYZINI HYDROCHLORIDUM 25MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	95						
279	HYDROXYZINI HYDROCHLORIDUM INJ.0,1G/2MLX5 AMP.		op.	95						

280	HYDROXYZINI HYDROCHLORIDUM 10mg/5ml SYROP 250G		op.	4						
281	HYDROŻEL Z OKTENIDYNĄ NA RANY 20ML OCTENILIN LUB RÓWNOWAŻNE		op.	13						
282	HYMECROMONUM 0,2G X 50 TABL.		op.	2						
283	HYOSCINI BUTYLBROMIDUM 0.02G/ML X 10 AMP.		op.	160						
284	IBUPROFEN 125MG CZOPKI X 10 SZT.		op.	18						
285	IBUPROFEN 60MG CZOPKI X 10 SZT.		op.	6						
286	IBUPROFENUM ZAW. 100MG/5ML 120ML DO STOSOWANIA OD 3-MCA ŻYCIA		op.	4						
	IBUPROFENUM ZAW. 100MG/5ML 100 ML DO STOSOWANIA OD 3-MCA ŻYCIA		op.	4						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
287	IBUPROFENUM ZAW. 200MG/5ML 100ML DO STOSOWANIA OD 3-MCA ŻYCIA		op.	30						
288	IBUPROFENUM 200MG/X 60 TABL.POWL.		op.	4						
289	IMIPENEMUM, CILASTATINUM PR.DO P.R-RU DO INF. 0,5G+0,5G 120MLX 10 FIOL.		op.	125						
290	IMMUNOGLOB. HUMANA UM ANTY HBS 200J.M X 1 FIOŁ*		op.	4						
	IMMUNOGLOB. HUMANA UM ANTY HBS 180 J.MX1 FIOŁ*		op.	4						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
291	IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM ROZT.DO WLDOŻ. 1 G/10 ML		op.	4						
292	IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM ROZT.DO WLDOŻ. 5G/50 ML		op.	4						
293	INDAPAMIDUM 1,5MG X 30 TABL.O PRZEDŁ.UWALN.		op.	2						
294	INOSINUM PRANOBEXUM 50MG/ML 150ML		op.	2						
295	INOSINUM PRANOBEXUM 500MG 50TABL.		op.	2						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

296	INSULINUM HUMANUM 40/60 (40%INSULINY ROZPUSZCZALNEJ 60%IZOFANOWEJ) ZAW.DO INJ.100J.M/ML 5 W KŁA 3 ML		op.	2						
297	INSULINUM HUMANUM 50/50 (50%INSULINY ROZPUSZCZALNEJ 50%IZOFANOWEJ) ZAW.DO INJ.100J.M/ML 5 W KŁA 3 ML		op.	2						
298	INSULINUM HUMANUM NEUTRALIS ZAW.DO INJ. 100J.M./1 ML 5 WKŁ. A 3 ML		op.	10						
299	INSULINUM HUMANUM 30/70 (30%INSULINY ROZPUSZCZALNEJ 70%IZOFANOWEJ) ZAW.DO INJ.100J.M/ML 5 W KŁA 3 ML		op.	10						
300	INSULINUM HUMANUM ISOPHANUM ZAW. DO INJ. 100J.M./1ML5WKŁ.A3ML		op.	2						
301	IPRATROPII BROMIDUM R-R DO INH.20ML		op.	25						
302	IPRATROPII BROMIDUM, FENOTEROLI HYDROB. R-R DO INH.20ML		op.	230						
303	ISOFLURANUM PŁYN 250ML X 6 BUTELEK DO PAROWNIKÓW BĘDĄCYCH NA WYPOSAŻENIU SZPITALA/PAROWNIK O WLEWIE TYPU DRAGER FILL/		op.	1						
304	ISOSORBIDI MONONITRAS 50MG X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAL.		op.	4						
305	ISOSORBIDI MONONITRAS 75MG X 30 TABL.O PRZEDŁ. UWAL.		op.	2						
306	ITRACONAZOLE 100MG X 28 KAPS.		op.	3						
307	KALII CANRENOAS INJ.0.2G/1 OMLX10 AMP.		op.	22						
308	KALII CHLORIDUM 15% 150MG/MLX50 AMP.10ML*		op.	234						
	KALII CHLORIDUM 15% 150MG/MLX20 AMP.10ML*		op.	585						

	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
309	KALII CHLORIDUM 315MG JON KX 100 KAPS O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU*.		op.	3						
	KALII CHLORIDUM 315MG JON KX 50 KAPS O PRZEDŁUŻONYM UWALNIANIU*		op.	6						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
310	KALII CHLORIDUM 391 MG JON KX 30 TABL.		op.	4						
311	KALIUM HYPERMANGANICUM 5G		op.	8						
312	KETAMINUM 500MG/10ML 5% X 5 FIOŁ.		op.	2						
313	KETOPROFENUM 100MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	180						
314	KETOPROFENUM 100MG/2ML X 10 AMP.DO STOSOW.DOM. 1 DOŻ.		op.	634						
315	KONCENTRAT EMULSJI-PREPARAT WITAMINOWY DO INFUZJI DLA DOROSŁYCH ZAWIERAJĄCY WITAMINY ROZPUSZCZALNE W TŁUSZCZACH /NP.:VITALIPID N ADULT X 10 LUB RÓWNOWAŻNY/		op.	52						
316	LACIDIPINUM TABL. 4MG X 28 TABL.POWŁ.		op.	10						
317	LACTOBACILLUS RHAMNOSUS FORTE PROSZEK DO PRZYGOT.ZAW.DOUST.X 10 FIOŁ.		op.	68						
318	LACTOBACILLUS RHAMNOSUS GG 3 MILIARDY X 30 KAPS. NP: DICOFLOR 30 X 30 KAPS. LUB RÓWNOWAŻNE		op.	200						
	LACTOBACILLUS RHAMNOSUS GG 0,6 MILIARDA MIKROENKAPSULOWANYCH BAKTERII LGG X 30 KAPS. NP: DIFLOS 30 X 30 KAPS. LUB RÓWNOWAŻNE		op.	200						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
319	LACTULOSUM SYROP 2.5MG/5ML 150ML		op.	180						
320	LEVOFLOXACINUM 500MG 10 TABL		op.	10						
321	LEVOMEPRMAZINI HYDROMALEAS 25MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	2						
322	LE VOTHYROXIN U M NATRICUM 100MCG X 100 TABL*		op.	9						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 100MCG X 50 TABL*		op.	18						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
323	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 25MCG X 100 TABL.*		op.	12						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 25MCG X 50 TABL.*		op.	24						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
324	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 50MCG X 100 TABL.*		op.	6						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 50MCG X 50 TABL.*		op.	12						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
325	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 75MCG X 100 TABL.*		op.	6						
	LEVOTHYROXINUM NATRICUM 75MCG X 50 TABL.*		op.	12						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
326	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 1% 10MG/MX 10 AMP. 2ML		op.	78						
327	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 1% 10MG/ML X 5 FIOL. 20 ML		op.	80						
328	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE 2% 20MG/MLX5FIOL.20ML		op.	288						
329	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE AER.100MG/G 10% 38G		op.	10						
330	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE ŻEL 2% A 30G		op.	12						
331	LIDOCAINE HYDROCHLORIDE ŻEL 2% U 30G		op.	90						
332	LINCOMYCINI HYDROCHLORIDE R-R DO WSTRZ. 600MG/2ML X 1 AMP/FIOLKA.		op.	20						
	LINCOMYCINI HYDROCHLORIDE R-R DO WSTRZ. 600MG/2ML X 10 AMP.			2						

	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
333	LINEZOLIDUM R-R DOWLEW.2MG/1 ML 300ML X 10 WORKÓW/FLAKON		op.	15						
334	LISINOPRILUM 10MG X 28TBL.		op.	5						
335	LOPERAMIDUM HYDROCHLORIDE 2MG X 30 TABL.		op.	80						
336	LORATADINUM 10MG X 60 TABL.		op.	1						
337	LORAZEPAMUM 2,5 MG X 25 DRAŻ.		op.	1						
338	MACROGOLUM Z KOMPONENTĄ ASKORBINOWĄ I ELEKTROLITAMI PROSZEK DO SPORZ. ROZTW. 100 g X 4 SASZ*		op.	100						
339	MAGNESIUM HYDROASPART. PYRIDOXINI H/CHLOR.X 60 TABL.		op.	70						
340	MAGNESIUM SULFATE 20% 2G/10ML X 10 AMP.		op.	250						
341	MANNITOLUM 20% R-R 100ML SZKŁO		op.	3338						
342	MANNITOLUM 20% R-R 250ML SZKŁO		op.	420						
343	MEROPENEMUM 1G X 10 FIOL.S.SUCHA		op.	150						
344	MESALAZINE 500MG X 100 TABL.DOJELIT.		op.	1						
345	METAMIZOLUM NATRICUM 0,5G X 6 TABL.		op.	30						
346	METAMIZOLUM NATRICUM 2.5G/5ML X 5 AMP.		op.	450						
347	METFORMIN HYDROCHLORIDE 1000MG X 30 TABL. POWL.		op.	5						
348	METFORMIN HYDROCHLORIDE 500MG X 30 TABL. POWL.		op.	5						
349	METFORMINI H/CHLORIDUM 0.85G X 30 TABL. POWL.		op.	5						
350	METHYLDOPUM 0.25G X 50 TABL.		op.	11						
351	METHYLPREDNISOLONUM 16MGX30 TABL.*		op.	12						
	METHYLPREDNISOLONUM 16MGX50 TABL.*		op.	7						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
352	METHYLPREDNISOLONUM 4MG X 30 TABL.		op.	10						
353	METHYLPREDNISOLONI NATRII SUCCINAS 0,5G 1 FIOL. S.SUBS. +ROZP.		op.	50						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

354	METHYLOSANILINI CHLORIDUM 1 % R- R WODNY 20G		op.	4						
355	METOCLOPRAMIDUM HYDROCHLORIDUM 10MG/2MLX5AMP.		op.	1100						
356	METOCLOPRAMIDUM 10MG X 50 TABL.		op.	10						
357	METOPROLOL SUCCINATE 23.75MG X 28 TABL.O PRZEDŁ. UWALNIANIU		op.	10						
358	METOPROLOL SUCCINATE 47.5MG X 28 TABL.O PRZEDŁ. UWALNIANIU		op.	50						
359	METOPROLOL SUCCINATE 95MG X 28 TABL.O PRZEDŁ. UWALNIANIU		op.	10						
360	METOPROLOLI TARTRAS 50MG X 30 TABL.		op.	4						
361	METOPROLOLI TARTRAS INJ.5MG/5ML X 5 AMP.		op.	170						
362	METRONIDAZOLUM 0.25G X 20 TABL.		op.	32						
363	METRONIDAZOLUM 0,5% 100ML		op.	4950						
364	METRONIDAZOLUM, CHLORO.UINALDOLUM (200MG+100MG) 10 TABL.DOPOCHWOWYCH		op.	8						
365	MIDAZOLAMUM 15MG/3ML 3ML X 5AMP*		op.	1000						
	MIDAZOLAMUM 15 MG/3 ML 3ML X 10AMP*			500						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
366	MIDAZOLAMUM 5MG/5MLX 10 AMP.		op.	60						
367	MIDAZOLAMUM 7.5MG X 10 TABL. POWL.		op.	58						
368	MIRTAZAPINE 45MG 30 TABL.U LEGAJĄCE ROZPADOWI W JAMIE USTNEJ		op.	1						
369	MOLSIDOMINUM 4MG X 30 TABL.		op.	4						
370	MORPHINE SULPHATE 20MG X 60 TABL.POWL.		op.	4						
371	MORPHNUM 10MG/1 ML X 10 AMP.		op.	60						

372	MORPHINUM 20MG/1 ML X 10 AMP.		op.	120						
373	MULTWITAMIN X 50 TABL.		op.	4						
374	MUIPIROCIN MAŚĆ DO NOSA 20MG/G 3G		op.	16						
375	MUIPIROCIN KREMĆ 2% 15g		op.	4						
376	NALOXONI HYDROCHLORIDUM 0,4MG/MLX 10 AMP.		op.	40						
377	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 10 ML X 100 AMP.		op.	88						
378	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 5 ML X 100 AMP.		op.	4						
379	NATRII CHLORIDUM 10% R-R 10 ML X 100 AMP.		op.	16						
380	NATRII DIHYDROPHOSPHAS, NATRII HYDROPHOS 150ML PŁYN DOODBYT. 50 BUTELEK		op.	15						
381	NATRII GLYCEROPHOSPHAS HYDRICUS KONCENTRAT DO INF. 0,216G/1MLX 10 FIOL. 20 ML		op.	18						
382	NATRII HYDROCARBONAS 8,4% X 10 AMP. 20ML		op.	200						
383	NATRII TETRABORAS PŁYN 10G		op.	220						
384	NATRII VALPROAS ACIUM VALPROICUM TABL. O PRZEDŁ.UWALNIANIU 300MG X 30 TABL.		op.	2						
385	NATRII VALPROAS ACIUM VALPROICUM TABL. O PRZEDŁ.UWALNIANIU 500MG X 30 TABL.		op.	2						
386	NEBIVOLOL 5MG X 28 - 30 TABL		op.	5						
387	NEOMYCINI SULF. AER. 55ML		op.	25						
388	NEOMYCINI SULFAS UNG.OPHT. 0,5% 3G		op.	10						
389	NEOSTIGMINUM 0.5MG/1 MLX 10 AMP.		op.	64						
390	NICERGOLINE 30MG X 30 TABL. POWŁ.		op.	4						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

391	NIEJONOWY ŚRODEK KONTRASTOWY ZAWIERAJĄCY 300 MG JODU/ML, op.10 FIOLEK50ML		op.	4						
392	NIFUROXAZIDUM 0,1GX24TABL. POWL.		op.	4						
393	NITRENDIPINUM 10MG X 30 TABL.		op.	2						
394	NITRENDIPINUM 20MG X 30 TABL.		op.	2						
395	NOREPINEPHRINI BITARTRAS 1 MG/1 MLX 10 AMP.		op.	230						
396	NOREPINEPHRINI BITARTRAS 1 MG/1 ML 4ML 5 AMP.		op.	265						
397	NORFLOXACINUM 400MG X 20 TABL. POWL.		op.	6						
398	NYSTATINUM 100 000J. X 10 TABL.VAG.		op.	10						
399	NYSTATINUM 500 000J. X 16 DRAŻ.		op.	2						
400	NYSTATINUM SUSP.2 400 000 J.M/5G 24 ML		op.	20						
401	OLANZAPINUM SWIFT 20MG TABL.ULEGAJĄCE ROZPADOWI W JAMIE USTNEJ X 28 TABL.		op.	1						
402	OLANZAPINUM 5MG X 30 TABL POWL.		op.	1						
403	OLANZAPINUM 10MG X 30 TABL POWL.		op.	1						
404	OLEJ MCT, WITAMINA KI 2 MG X 20 KAPS.TWIST.OFF DLA NOWORODKÓW*		op.	6						
	OLEJ MCT, WITAMINA KI 2 MG X 40 KAPS.TWIST.OFF DLA NOWORODKÓW*		op.	3						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
405	OMEPRAZOLUM 20MG X 28 KAPS.DOJEL.		op.	300						

406	OMEPRAZOLUM 40MG KAPS.DOJEL. X 28		op.	88						
407	ONDANSETRONUM 2MG/1 ML x 5 AMP. 4ML		op.	38						
408	OPATRUNEK HYDROŻELOWY SKŁADAJĄCY SIĘ Z 80% WODY, 15% GLIKOLU PROPYLENOWEGO, 5% PEKTYNY I KARBOKSYMETYLOCELULOZY SODU ŻEL 15G GRANUGEL LUB RÓWNOWAŻNE		op.	25						
409	ORNITHINI ASPARTAS 0.5G/1 ML X 10 AMP. 10ML		op.	2						
410	ORNITHINI ASPARTAS 150MG Z EKSTRAKTEM Z KARCZOCHA 50MG X 40TABL.		op.	118						
411	ORNITHINI ASPARTAS 500MG/5ML X 10 AMP.		op.	50						
412	OXYCODONE HYDROCHLORIDE 10MG/1ML 2ML 10AMP.		op.	10						
413	OXYMETAZOLINI HYDROCHLORIDUM 0,01% KROPLE DLA NIEMOWLĄT 5 ML/TYP U NASMN SOFT LUB RÓWNOWAŻNE/		op.	6						
414	OXYMETAZOLINI HYDROCHLORIDUM 0,025% AEROZOL DO NOSA 0.25MG/1 ML 10ML/TYPU NASMN LUB RÓWNOWAŻNE/		op.	2						
415	OXYTETRAC. POLYMYXINUM B, HYDROCORTISONUM ZAW.5ML		op.	16						
416	OXYTOCINUM 5J.M/1 MLX5 AMP.		op.	150						
417	PAPAVERINI HYDROCHLORIDUM 40MG/2ML X 10 AMP.		op.	26						
418	PARACETAMOLUM 10MG/MLX 10 FIOŁ. LUB FLAK. 100ML*		op.	342						
	PARACETAMOLUM 10MG/MLX 12 FLAK. 100ML*			285						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
419	PARACETAMOLUM 10MG/ML X 10 FIOŁ. LUB FLAK. 50ML		op.	12						
	PARACETAMOLUM 10MG/ML X 12 FIOŁ. LUB FLAK. 50ML		op-	10						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
420	PARACETAMOLUM 125MG X 10 CZOPKÓW		op.	4						
421	PARACETAMOLUM 250MG X 10 CZOP.		op.	6						
422	PARACETAMOLUM 500MG X 10 CZOP.		op.	2						
423	PARACETAMOLUM 500MG X 20TABL*.		op.	780						
	PARACETAMOLUM 500MG X 60TABL*.		op.	260						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
424	PARACETAMOLUM 80MG X 10 CZOP.		op.	6						
425	PARACETAMOLUM 100MG/1ML KROPLE OD 0-3 LAT Z ZABEZPIECZONYM KROPLOMIERZEM 60ML PEDICITAMOL LUB RÓWNOWAŻNE		op.	10						
426	PARACETAMOLUM ZAW. 120MG/5ML 150G		op.	10						
427	PARAFFINUM LIQUIDUM 800G		op.	36						
428	PASKI TEST (ZNAJDUJĄCE SIĘ NA LIŚCIE WYROBÓW REFUNDOWANYCH) TYPU iXELL MINIMALNE WYMAGANIA AUTOKODOWANIE, BEZ CZIPÓW I RĘCZNEGO SPRAWDZANIA KODÓW, AUTOMATYCZNY WYRZUT PASKÓW, KAPILARA ZASYSAJĄCA NA SZCZYZIE PASKA TESTOWEGO. (LUB RÓWNOWAŻNE)		op.	440						
429	PEFLOXACINUM 400MG X 10 TABL. POWL.		op.	10						
430	PEFLOXACINUM 400MG/5ML X 10 AMP.		op.	20						
431	PENTOXIFYLLINUM 300MG/15ML X 10 AMP.		op.	80						
432	PENTOXIFYLLINUM 400MG X 60TABL. POWL.		op.	1						

433	PERAZINUM 0.025G X 20 TABL.		op.	1						
434	PERAZINUM 0,1 G X .30TABL.		op.	1						
435	PERINDOPRILUM ARGININE 10MG X 30 TABL.POWL		op.	2						
436	PERINDOPRILUM ARGININE 5MG X 30 TABL.POWL		op.	2						
437	PETHIDINUM 100MG/2MLX 10 AMP.		op.	80						
438	PETHIDINUM 50MG/ML X 10 AMP.		op.	15						
439	PHENOBARBITALUM 15MG X 10 CZOPKÓW		op.	24						
440	PHENOBARBITALUM 15MG X 10 TABL.		op.	2						
441	PHENYLBUTAZONUM 0.25G X 5 CZOP.		op.	30						
442	PHENYLBUTAZONUM UNG.30G		op.	112						
443	PHYTOMENADIONUM 10MG/1MLX 10 AMP.		op.	76						
444	PIANKA DO OCZYSZCZANIA SKÓRY NIEPOWODUJĄCA PODRAŻNIEŃ SKÓRY I BŁON ŚLUZOWYCH 400ML NP.; TENA LUB RÓWNOWAŻNE		op.	110						
445	PIPERACILLINUM NATR.TAZOBACTAMUM NATR.INJ.4,5GX10 FIOŁ.		op.	70						
446	PIRACETAMUM 1,2G X 60 TABL. POWL.		op.	30						
447	PIRACETAMUM 20% PŁYN DOUST. 150ML		op.	15						
448	PIRACETAMUM R-R DO WLEW.DOŻ. 12G/60ML		op.	500						
449	PŁYN INFUZYJNY- KONCENTRAT DIPEPTYDOWY 100ML/NP. :DIPEPTIVEN 0.2G/1ML 100ML LUB RÓWNOWAŻNY/		op.	530						
450	PŁYN ŻOŁĄDKOWY ZAPOBIEGAWCZY IZOTONICZNY 500ML		op.	900						
451	PŁYN UTRWALAJĄCY DO PRÓB CYTOLOGICZNYCH AEROSOL CYTOFIX LUB RÓWNOWAŻNY		op.	8						
452	POLYSTYRENE SULFONATE PROSZEK 1.42G Na/15G 454G		op.	2						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

453	POVIDONE-IODINE MASC DO STOS.ZEW 20 G		op.	48						
454	POVIDONE-IODINE R-R DO STOS.ZEW1000ML.		op.	12						
455	PREDNISONUM 10MG X 20 TABL.		op.	10						
456	PREDNISONUM 20MG X 20 TABL.		op.	30						
457	PREPARAT WIELOWITAMINOWY DLA DZIECI W KROPLACH 10ML JUVIT MULTI LUB RÓWNOWAŻNE		op.	2						
458	PROGESTERONUM 50MG X 30 TABL.PODJĘZYKOWE		op.	22						
459	PROGESTERONUM 50MG X 30 TABL.DOPOCHW.		op.	50						
460	PROMAZINI HYDROCHLORIDUM 25MG X 60 TABL.DRAŻ.		op.	8						
461	PROMAZINI HYDROCHLORIDUM 50MG X 60 TABL.DRAŻ.		op.	16						
462	PROMETHAZINI HYDROCHLORIDUM 10MG X 20 TABL.DRAŻ.		op.	20						
463	PROMETHAZINE H/CHLOR. 5MG/5ML SYROP 150ML		op.	2						
464	PROPAFENONI HYDROCHLORIDUM 150MG X 20 TABL. POWL.		op.	60						
465	PROPAFENONI HYDROCHLORIDUM 300MG X 20 TABL. POWL.		op.	20						
466	PROPAFENONI HYDROCHLORIDUM 70MG/20MLX 5 AMP.		op.	15						
467	PROPOFOLUM 1% 20MLX5 FIOL/AMP.		op.	1100						
468	PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM 10MG X 50 TABL.		op.	2						
469	PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM 1 MG/1 ML X 10 AMP.		op.	2						
470	PROPRANOLOLI HYDROCHLORIDUM 40MG X 50 TABL.		op.	2						

471	PROTAMI NI SULFAS 0.05G/5ML INJ.		op.	1						
472	PYRANTEL 250MG/5ML KROPLE 15ML		op.	1						
473	PYRIDOXINI HYDROCHLORIDUM 50MG X 50 TABL.		op.	6						
474	PYRIDOXINI HYDROCHLORIDUM 50MG/2MLX5AMP.		op.	10						
475	OUETIAPINE 25MG X 30 TABL.POWL.		op.	30						
476	OUETIAPINE 100MG X 60TABL.POWL.		op.	8						
477	OUETIAPINE 200MG X 60TABL.POWL.		op.	1						
478	RACECADOTRILUM 10MG GRANULAT DO SPORZĄDZANIA ZAWIESINY 16 SASZ.		op.	2						
479	RACECADOTRILUM 30MG GRANULAT DO SPORZĄDZANIA ZAWIESINY 16 SASZ.		op.	2						
480	RANITIDINUM 50MG/2ML X 5 AMP.		op.	6						
481	REMIFENTANILUM HYDROCHLORICUM 2MG 5 FIOL.		op.	2						
482	RIFAXIMINUM 200MG TABL .28		op.	10						
483	RISPERIDONUM 2MG X 20 TABL. POWL.		op.	1						
484	RISPERIDONUM 25MG AMP. MIKROKAPS. DO SPORZĄDZANIA ZAW.DO WSTRZYKIWAŃ		op.	1						
485	ROPIVACAINUM HYDROCHLORIDUM 10MG/ML AMP.10ML 5AMP.		op.	2						
486	ROXITHROMYCINUM 50MG X 10 TABL.DO PRZYG. ZAW. DOUST.		op.	4						
487	ROXITHROMYCINUM 100MG X 10 TABL. POWL.		op.	4						
488	ROZTWÓR DO WLEWÓW DOŻYLNÝCH-EMULSJA ZAWIERAJĄCA OLEJ RYBI, FOSFOLIPIDY, GLICEROL 100ML/NP.: OMEGAVEN 100ML LUB RÓWNOWAŻNE/		op.	90						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

489	ROZTWÓR DO WLEWU DOŻYLNego ZAWIERAJĄCY 10% ROZTWÓR AMINOKWASÓW DO STOSOWANIA U DZIECI-WCZEŚNIKI I NOWORODKI, 100ML/NP.: PRIMENE/AMINOVEN INFANT 10% 100ML LUB RÓWNOWAŻNY/		op.	40						
490	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG X 20KAPS*		op.	6						
	SACCHAROMYCES BOULARDII 250MG X 10KAPS*		op.	12						
	*wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
491	SALBUTAMOL IMG/ML 20 AMP. 2.5ML DO INHAL.		op.	10						
492	SALBUTAMOL 2MG/ML 20 AMP. 2.5ML DO INHAL.		op.	28						
493	SALBUTAMOLUM 0.5MG/1 MLX 10AMP.		op.	4						
494	SEVOFLURANUM LUB RÓWNOWAŻNY- PŁYN DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO, 250ML		op.	8						
495	SIMETICONUM KROPLE 30ML DLA NIEMOWLĄT OD 28 DNIA ŻYCIA BOBOTIC LUB RÓWNOWAŻNE		op.	4						
496	SIMWASTATINUM 20MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	15						
497	SIMWASTATINUM 40MG X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	4						
498	SMOCZEK NUTRITIA STANDARD NA BUTELKĘ X 1 SZT. LUB RÓWNOWAŻNE		op.	40						
499	SOLCOSERYL MASĆ 5% 20G		op.	2						

500	SOLCOSERYL ŻEL 10% 20G		op.	2						
501	SOLE REHYDRACYJNE DLA NIEMOWLĄT I DZIECI X 10 SASZ. ORSALIT LUB RÓWNOWAŻNE		op.	4						
502	SOLE REHYDRACYJNE DLA NIEMOWLĄT I DZIECI X 10 SASZ.HYDRONEA BABY LUB RÓWNOWAŻNE		op.	3						
503	SOLE REHYDRACYJNE DLA DZIECI X 10 SASZ.HYDRONEA CITRON LUB RÓWNOWAŻNE		op.	3						
504	SOLUVIT N X 10 FIOL. LUB RÓWNOWAŻNE		op.	64						
505	SOTALOLUM 80MG X 30 TABL.		op.	14						
506	SPIR.SKAŻ.HIBITANEM 0,5% 1 L		op.	66						
507	SPIRAMYCINUM 3 000 000J.M. X 10 TABL. POWL.		op.	8						
508	SPIRONOLACTONUM 100MG X 20 TABL. POWL.		op.	18						
509	SPIRONOLACTONUM 25MG X 100 TABL.		op.	12						
510	SUDOCREM 250G LUB RÓWNOWAŻE		op.	20						
511	SULFACETAMIDUM NATRICUM 10% KROPLE DO OCZU 0,5MLX 12 MINIMSOW		op.	6						
512	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM 480 5ML X 10 AMP.		op.	62						
513	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM 480 X 20 TABL.np;BISEPTOL LUB RÓWNOWAŻNE		op.	6						
514	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM 960 X 10 TABL.NP:BISEPTOL LUB RÓWNOWAŻNE		op.	34						
515	SULFAMETHOXAZOLUM, TRIMETHOPRIMUM ZAW. 100ML		op.	2						
516	SULFASALAZINUM EN 500MG X 100 TABL.POWL.		op.	6						
517	SULFATHIAZOLUM ARGENTUM KREM 2% 40G		op.	60						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

518	SULPIRIDUM 100MGX24TABL.LUB KAPS.		op.	2						
519	SULPIRIDUM 50MG X 24 TABL. LUB KAPS.		op.	1						
520	SUXAMETHONIUM CHLORIDE 0,2G X 10 FIOŁ.		op.	20						
521	SZAMPON P/WSZAWICY LECZNICZY LIKWIDUJĄCY WSZY I GNIDY 100 ML PARANIT LUB RÓWNOWAŻNE		op.	26						
522	TELMISARTAN 80MG X 28 TABL		op.	1						
523	TERLIPRESSINUM 1 MG/8.5ML X 5 AMP.		op.	15						
524	THEOPHYLLINE 20MG/ ML 10 ML X 5 AMP.		op.	88						
525	THEOPHYLLINUM 100MG X 30 TABL.		op.	24						
526	THEOPHYLLINUM 300MG X 50 TABL. POWŁ. O PRZEDŁ. UWAL.		op.	36						
527	THEOPHYLLINUM R-R DO WLEW. 300MG 250ML		op.	1700						
528	THIAMAZOLUM 10MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	6						
529	THIAMAZOLUM 5MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	2						
530	THIAMINE HYDROCHLORIDE 25MG X 50 TABL.		op.	6						
531	THIAMINE HYDROCHLORIDE 25MG/ML X 10 AMP.		op.	20						
532	THIETHYLPE RAZINUM 6.5MG X 50 TABL. POWŁ.		op.	8						
533	THIETHYLPE RAZINUM 6.5MG X 6 SUPP.		op.	28						
534	TINIDAZOLUM 0,5G X 4 TABL. POWŁ.		op.	2						
535	TORASEMIDE 5MG X 30 TABL.		op.	2						
536	TORASEMIDE 10MG X 30 TABL.		op.	2						

537	TORMENTILE PREPARAT ZŁOŻONY MAŚĆ 20 G lub RÓWNOWAŻNY		op.	26						
538	TRAMADOLI HYDROCHLORIDUM 100MG/2MLX5AMP.		op.	300						
539	TRAMADOLI HYDROCHLORIDUM 50MG X 20 KAPS.		op.	32						
540	TRAMADOLI HYDROCHLORIDUM 50MG/MLX 5 AMP.		op.	100						
541	TRAMADOLUM 100MG/ML KROPLE10ML		op.	3						
542	TRANDOLAPRILUM 2MG X 28KAPS.		op.	1						
543	TRIMEBUTINUM 100MG X 30 TABL.		op.	3						
544	TRIMEBUTINE MALEATE, GRANULAT DO SPORZĄDZENIA ZAWIESINY (7.87MG/G) 250ML		op.	6						
545	TROPICAMIDUM 0,5% KROPLE DO OCZU 2X 5 ML		op.	1						
546	URAPIDILUM 25MG/5ML X 5 AMP.		op.	50						
547	UROSEPTX 60 TABL.DRAŻ.		op.	6						
548	VALSARTAN 80MG X 28 TABL.POWL.		op.	2						
549	VALSARTAN 160MG X 28 TABL.POWL.		op.	2						
550	VANCOMYCINI HYDROCHLORIDUM 0,5G X 1 FIOŁ.		op.	10						
551	VANCOMYCINI HYDROCHLORIDUM IG X 1 FIOŁ.		op.	368						
552	VECURONIUM BROMIDE 4MG X 10 AMP.		op.	4						
553	VERAPAMILI HYDROCHLORIDUM 120MGX40 TABL.POWL. 0 PRZEDŁ.UWALN.		op.	10						
554	VERAPAMILI HYDROCHLORIDUM 40MG X 20 TABL. POWL.		op.	15						
555	VITAMINUM F MAŚĆ 0.2G/1G 30 G		op.	10						
556	VORICONAZOLUM 200MG X 1 FIOŁ. W ZESTAWIE DO FORMULACJI BEZIGŁOWEJ		op.	100						
557	WARFARINUM NATRICUM 3MG X 100 TABL.		op.	4						
558	WARFARINUM NATRICUM 5MG X 100 TABL.		op.	10						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

559	WOREK DWUKOMOROWY ZAWIERAJĄCY: 10% R-R AMINOKWASÓW Z WAPNIEM 1 CYNKIEM ORAZ 40% R-R GLUKOZY Z ELEKTROLITAMI 1 FOSFORANAMI 1,5L 4 WORKI/NP. :AMINOMIX 1 1500ML LUB RÓWNOWAŻNY/		op.	38						
560	XYLOMETHAZOLINI HYDROCHLORIDUM 0,1% W BUTELCE Z DOZOWNIKIEM		op.	10						
561	ZUCLOPENTHIXOL DECANOATE 200MG/MLX 1 AMP		op.	1						
562	DIETA CZĄSTKOWA W PROSZKU BEZGLUTENOWA ZAWIERAJĄCA MALTODEKSTRYNY, MALTOZĘ, GLUKOZĘ 400G /NP.;FANTOMALT LUB RÓWNOWAŻNE		op.	1						
563	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO LUB INNA NP..BIAŁKA SOI ORAZ NIETOLERANCJĄ LAKTOZY400G NUTRAMIGEN 2 LGG LUB RÓWNOWAŻNE		op.	1						

564	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO LUB INNĄ ALERGIĄ NP..BIAŁKA SOI ORAZ NIETOLERANCJĄ LAKTOZY OD 1 M-CA ŻYCIA400G NUTRAMIGEN 1 LGG LUB RÓWNOWAŻNE		op.	1						
565	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO OD 1 M-CA ŻYCIA 450G/NP.; BEBILON PEPTI 1 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	8						
566	HYPOALERGICZNY PREPARAT MLEKOZASTĘPCZY DO DIAGNOZOWANIA 1 ŻYWIENIA NIEMOWLĄT Z ALERGIĄ NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO POWYŻEJ 6 MCA ŻYCIA 450G/NP.; BEBILON PEPTI 2 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	6						
567	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT NARAŻONYCH NA WYSTĄPIENIE ALERGII NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO 90ML/NP.; NAN PRO HA 1 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	64						
568	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT NARAŻONYCH NA WYSTĄPIENIE ALERGII NA BIAŁKA MLEKA KROWIEGO 400G/NP.;NAN PRO HA 1 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	12						
569	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT Z TENDENCJĄ DO ULEWAŃ 500G/NP.;NAN EXPERT AR LUB RÓWNOWAŻNE*		op.	5						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

	HYPOALERGICZNE MLEKO MODYFIKOWANE OD URODZENIA DLA NIEMOWLĄT Z TENDENCJĄ DO ULEWAŃ 350G/NP.;NAN EXPERT AR LUB RÓWNOWAŻNE*		op.	7						
	* Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
570	KASZKA MLECZNO-RYŻOWA Z BANANAMI 230G /PO 6 MI ES. ŻYCIA/		op.	20						
571	KASZKA MLECZNO-RYŻOWA Z MORELAMI 230G /PO 6 MI ES. ŻYCIA/		op.	10						
572	KASZKA RYŻOWA Z BANANAMI 180GPO 4 MIES.ŻYCIA /NA WODĘ/		op.	10						
573	KLEIK RYŻOWY 160G /PO 4 MIEŚ. ŻYCIA/		op.	20						
574	MLEKO DLA WCZESNIAKÓW, NIEMOWLĄT Z NISKĄ WAGĄ URODZEŃ IOWA400G/NP.; PRENAN LUB RÓWNOWAŻNE		op.	4						
575	MLEKO POCZĄTKOWE DLA NIEMOWLĄT OD URODZENIA 350G/NP.; NAN PRO 1 LUB RÓWNOWAŻNE		op.	10						
576	MLEKO NASTĘPNE Z KLEIKIEM RYŻOWYM POWYŻEJ 6-GO M-CA ŻYCIA/NP.; BEBIKO 2R LUB RÓWNOWAŻNE		op.	20						
577	ZUPKA JARZYNOWA /PO 4 MIES.ŻYCIA/ a 120- 130G		op.	60						
Razem										

Poz. od nr 296 do nr 300 zamawiający wymaga produktów jednego producenta.

ZADANIE NR 2 -LEKI

Lp	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	j.m.	Ilość opakowań	Cena netto	Vat	Cena brutto	Wartość netto	Wartość vat	Wartość brutto
1	ENOXAPARINUM NATRICUM 100MG/1ML x 10 AMP.- STRZ.		op.	35						
2	ENOXAPARINUM NATRICUM 40MG/0,4ML x 10 AMP.-STRZ		op.	620						
3	ENOXAPARINUM NATRICUM 60MG/0,6ML x 10 AMP- STRZ.		op.	330						
4	ENOXAPARINUM NATRICUM 80MG/0,8ML x 10 AMP.- STRZ.		op.	140						
5	ACIDUM VALPROICUM SYROP 0,2882G/5ML 150 ML		op.	1						
6	BISOPROLOLUM 10MG X 30 TABL POWL.*		op.	5						
7	BISOPROLOLUM 5MG X 30 TABL. POWL.*		op.	20						
8	DROTAVERINI HYDROCHLORIDUM 40MG X 20 TABL.		op.	130						
9	DROTAVERINI HYDROCHLORIDUM 40MG X 5 AMP.		op.	420						
10	DROTAVERINI HYDROCHLORIDUM 80MG X 20 TABL.		op.	60						
11	FLUCONAZOLUM I.V.200MG/100ML X 1FLAK.*		op.	1220						
12	LEVOFLOXACINUM 500MG/100 ML R- RDO INF.1FIOL.*		op.	20						
	LEVOFLOXACINUM 500MG/100 ML R- RDO INF.10 FLAK.*		op.	2						
	* Wykonawca dokonuje wyboru tylko jednego produktu									
13	LOSARTANUM KALICUM 0,05G X 28 - 30 TABL. POWL.		op.	1						
14	OMEPRAZOLUM 40MG X 1 FIOL..		op.	5200						
15	RAMIPRILUM 0,01G X 28 - 30 TABL.		op.	5						
16	RAMIPRILUM 2,5MG X 28 - 30 TABL.		op.	5						
17	RAMIPRILUM 5MG X 28 - 30 TABL.		op.	5						
18	TEICOPLANINUM 0,4G S.SUCHA FIOL.+ROZP.		op.	120						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

Razem									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ZADANIE NR 7-LEKI										
Lp.	Nazwa	Nazwa handlowa	J.m.	Ilość opak.	Cena netto	VAT	Cena brutto	Wartość netto	Wartość VAT	Wartość brutto
1	AQUA PRO INJ.100 ML		szt	2740						
2	AQUA PRO INJ.500ML		szt	300						
3	AMIKACINUM 1G ROZTWÓR GOTOWY do podania 100 ml		szt	300						
4	POLIEKSANIDYNA PŁYN NA RANY 40MLProntosan lub równoważne		op.	150						
5	GELATINA PART.HYDROL, NATRII CHLORIDUM 4% R-R do infuzji 500 ml x 1 flak.		szt	10						
6	GLUCOSUM 10% R-R 500 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	2950						
7	GLUCOSUM 20% R-R 500 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	100						
8	GLUCOSUM 5% R-R 250 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	800						
9	GLUCOSUM 5% R-R 500 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	4840						

10	KONCENTRAT ROZTWORU INFUZYJNEGO DLA DOROSŁYCH ZAWIERAJĄCY PIERWIASTKI ŚLADOWE 5AMP. A 10 ML TYPU TRACUTIL LUB RÓLWNOWAŻNE		op.	120						
11	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 100 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	11800						
12	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 250 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	6360						
13	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 500 ML OPAK.STOJĄCE Z DWOMA PORTAMI		szt	10320						
14	NATRII CHLORIDUM 0,9% R-R 500 ML PŁYN do przepłukkiwań z odkręcaną główką		szt	1000						
15	NATRII CHLORIDUM 0.9% R-R 1000 ML Z 2 PORTAMI TEJ SAMEJ WIELKOŚCI, ZABEZPICZONYMI, NIE WYMAGAJĄCE DEZYNFEKCJI, X 1 FLAK		szt	470						
16	NUTRISON ENERGY 500ML 635 KJ/100ML 500 ML LUB RÓWNOWAŻNE		szt	120						
17	NUTRISON STANDARD 500ML PŁYN ODŻYWKA LUB RÓWNOWAŻNE		szt	130						
18	PEPTISORB 500ML PŁYN LUB RÓWNOWAŻNE		szt	42						
19	PŁYN DO ŻYWIENIA DROGĄ PRZEWODU POKARMOWEGO - ZBILANSOWANA NORMOKALORYCZNA DIETA ZAWIERAJĄCA BŁONNIK DLA PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ LUB UPOŚLEDZONĄ TOLERANCJĄ GLUKOZY 500ML/NP.: NUTRICOMP D 500 ML LUB RÓWNOWAŻNY/		szt	240						
20	PŁYN FIZJOLOGICZNY WIELOELEKTROLITOWY IZOTONICZNY 500ML OP.TYPU ECOFLAC		szt	9220						
21	PŁYN FIZJOLOGICZNY WIELOELEKTROLITOWY IZOTONICZNY 1000ML OP.TYPU ECOFLAC		szt	400						



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670

NIP 855-158-34-67

NORDEA BANK POLSKA S.A.

58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

**ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście**

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345

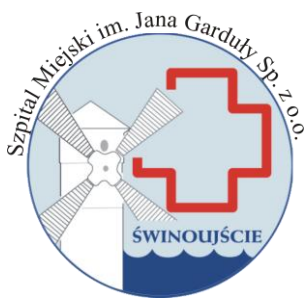
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl

tel.: 91-32-67-365

22	ROZTWÓR AMINOKWASÓW 10%DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI CZYNNOŚCI WĄTROBY BEZ ELEKTROLITÓW I WĘGLOWODANÓW/AMINOPLASMAŁ LUB RÓWNOWAŻN E/		szt	20						
23	SOLUTIO RINGERI 500ML		szt	4220						
24	TETRASPAN 0,01 G/ML HES 500ML X 1 BUTEL.LUB RÓWNOWAŻN E W ROZTWORZE ELEKTOLITÓW Z WAPNIEM		szt	40						
25	TETRASPAN 0,06G/ML HES 500ML LUB RÓWNOWAŻNE W ROZTWORZE ELEKTOLITÓW Z WAPNIEM		szt	10						
26	WOREK TRZYKOMOROWY - EMULSJA DO INFUZJI, ZAWIERAJĄCA AMINOKWASY Z ELEKTROLITAMI, GLUKOZĘ Z FOSFORANAMI, LIPIDYMCT/LCT ORAZ KWASY OMEGA 3 1250ML. DO ŻYWIENIA DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH X 1 WOREK		szt	600						
27	WOREK TRZYKOMOROWY - ZESTAW 2 R-R 1 EMULSJA DO SPORZĄDZENIA INFUZJI, ZAWIERAJĄCA AMINOKWASY Z ELEKTROLITAMI, GLUKOZĘ Z FOSFORANAMI, LIPIDYMCT/LCT 1875ML X 1 WOREK. DO ŻYWIENIA DROGĄ ŻYŁ OBWODOWYCH		szt	10						
28	WOREK TRZYKOMOROWY - ZESTAW 2 R-R 1 EMULSJA DO SPORZĄDZENIA INFUZJI, ZAWIERAJĄCA AMINOKWASY Z ELEKTROLITAMI, GLUKOZĘ Z FOSFORANAMI, LIPIDYMCT/LCT 1250ML X 1 WOREK. DO ŻYWIENIA DROGĄ ŻYŁ OBWODOWYCH		szt	190						
29	WOREK TRZYKOMOROWY - EMULSJA DO INFUZJI, ZAWIERAJĄCA AMINOKWASY Z ELEKTROLITAMI, GLUKOZĘ Z FOSFORANAMI, LIPIDYMCT/LCT ORAZ KWASY OMEGA 3 1875ML. DO ŻYWIENIA DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH X 1 WOREK		szt.	150						

30	WOREK TRZYKOMOROWY - EMULSJA DO INFUZJI, ZAWIERAJĄCA AMINOKWASY Z ELEKTROLITAMI, GLUKOZĘ Z FOSFORANAMI, LIPIDYMCT/LCT ORAZ KWASY OMEGA 3 2500ML. DO ŻYWIENIA DROGĄ ŻYŁ CENTRALNYCH X 1 WOREK		szt.	30						
Razem:										



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

Było:

Załącznik nr 2 do SIWZ

FORMULARZ OFERTWOWY

na Dostawę leków, wyrobów medycznych i art. spożywczych dla Szpitala Miejskiego im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.

Dane dotyczące Wykonawcy

Nazwa.....
Siedziba.....
Adres e-mailowy:@.....
Nr telefonu..... Nr fax:
NIP.....
REGON.....
Nr konta Bankowego:
KRS:

Dane dotyczące Zamawiającego

Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.
ul. Mieszka I 7
72-600 Świnoujście

I. Wykonawca zobowiązuje się wykonać przedmiot zamówienia na następujących warunkach:

Dla zadania nr 1 w wysokości: zł (słownie) **netto** plus należny podatek VAT....% tj.....zł (słownie:), co łącznie stanowi wynagrodzenie w wysokościzł (słownie) **brutto.;**

Dla zadania nr 2 w wysokości: zł (słownie) **netto** plus należny podatek VAT....% tj.....zł (słownie:), co łącznie stanowi wynagrodzenie w wysokościzł (słownie) **brutto.;**

(...)

Dla zadania nr 9 w wysokości: zł (słownie) **netto** plus należny podatek VAT....% tj.....zł (słownie:), co łącznie stanowi wynagrodzenie w wysokościzł (słownie) **brutto.;**

Dla zadania nr 10 w wysokości: zł (słownie) **netto** plus należny podatek VAT....% tj.....zł (słownie:), co łącznie stanowi wynagrodzenie w wysokościzł (słownie) **brutto.;**

II. Oświadczenia Wykonawcy:

- oświadczam/y, że zapoznałem/liśmy się z warunkami przystąpienia do zamówienia określonymi w SIWZ oraz że uzyskałem/liśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty;
- oświadczam/my, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego;
- oświadczam/my, że zapoznałem/liśmy się z projektem umowy i nie wnoszę/simy w stosunku do niego żadnych uwag, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszę/szemy umowę, której projekt stanowi załącznik do SIWZ;
- realizację zamówień częściowych wykonam w **nieprzekraczalny** terminie dla zadania nr do .../.... godzin od otrzymania zamówienia;
- w przypadku wyboru naszej oferty u Zamawiającego nie powstaje/powstanie¹ obowiązek podatkowy (zgodnie z przepisami o podatku od towarów i usług),

III. Inne informacje Wykonawcy:

.....
.....
Miejscowość i data

¹ niewłaściwie skreślić

.....
Podpis osoby (osób) uprawnionych

Zmienia się na:

Załącznik nr 2 do SIWZ ZP/14/2016

.....
(pieczęć wykonawcy)

FORMULARZ OFERTY

Ja (my), niżej podpisany (ni)
działając w imieniu i na rzecz :

.....
(pełna nazwa wykonawcy)

.....
(adres siedziby wykonawcy)

REGON..... Nr NIPKRS:.....

Nr konta bankowego:

nr telefonu nr faxu

e-mail

Osoba upoważniona do podpisania umowy:

w odpowiedzi na ogłoszenie o przetargu nieograniczonym na:

**„Dostawa leków, wyrobów medycznych i art. spożywczych dla Szpitala Miejskiego im. Jana
Garduły w Świnoujściu sp. z o. o.”**

składam(y) niniejszą ofertę:

1. Oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i na warunkach płatności określonych w SIWZ dla zadania/ń nr w wysokości:

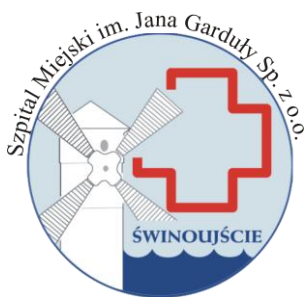
Dla zadania nr w wysokości: zł (słownie) **netto**
plus należny podatek VAT...% tj.....zł (słownie:), co łącznie
stanowi wynagrodzenie w wysokościzł (słownie) **brutto.;**

Dla zadania nr w wysokości: zł (słownie)
netto plus należny podatek VAT...% tj.....zł (słownie:), co
łącznie stanowi wynagrodzenie w wysokościzł (słownie) **brutto.;**

Dla zadania nr w wysokości: zł (słownie) **netto**
plus należny podatek VAT...% tj.....zł (słownie:), co łącznie
stanowi wynagrodzenie w wysokościzł (słownie) **brutto.;**

Dla zadania nr w wysokości: zł (słownie) **netto**
plus należny podatek VAT...% tj.....zł (słownie:), co łącznie
stanowi wynagrodzenie w wysokościzł (słownie) **brutto.;**

2. Oświadczam(y), że przedmiot zamówienia zrealizujemy w terminie zgodnym z zapisami SIWZ.
3. Oświadczam(y), że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres zgodny z zapisami SIWZ.



SZPITAL MIEJSKI im. Jana Garduły w Świnoujściu sp z o.o.

REGON 812046670
NIP 855-158-34-67
NORDEA BANK POLSKA S.A.
58 1440 0003 0000 0000 1032 5781

ul Mieszka I 7
72 - 600 Świnoujście

Tel. sekret. Prezesa. 91 3267345
fax 91-321-41-74

e-mail: zampub@szpital-swinoujscie.pl
tel.: 91-32-67-365

4. Oświadczam(y), że w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych we wzorze umowy dołączonym do SIWZ oraz w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że powierzmy niżej wymienionym podwykonawcom wykonanie niżej wskazanych części zamówienia:

Lp.	Firma (nazwa) podwykonawcy	Część (zakres) zamówienia
1.		
2.		

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podwykonawców)

6. Oświadczam, że w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu, będziemy polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych, niżej wymienionych podmiotów (podmioty trzecie):

Lp.	Firma (nazwa) podmiotu trzeciego	Udostępniany potencjał
1.		
2.		

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje udział podmiotów trzecich)

7. Wskazuję poniżej nazwę, numer, zakres informacji do wykorzystania oraz datę wszczęcia odrębnego postępowania prowadzonego przez zamawiającego, w którym złożyliśmy JEDZ zawierający nadal aktualne informacje do wykorzystania w niniejszym postępowaniu:

Nazwa postępowania	Numer postępowania (BZP/.../...)	Data wszczęcia postępowania	Informacje do wykorzystania

(należy wypełnić, jeżeli wykonawca przewiduje wykorzystanie przez zamawiającego informacji zawartych w JEDZ w odrębnym postępowaniu)

8. Oświadczam, że oferta nie zawiera/ zawiera (właściwie podkreślić) informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach:

.....
.....
.....

Ofertę składamy na kolejno ponumerowanych stronach.

Na ofertę składają się następujące dokumenty/oświadczenia:

1.
2.
3.
....., dn.

.....
(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy,
w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika
wykonawców)

Pozostałe zapisy SIWZ nie ulegają zmianie.

Prezes Zarządu
Szpitala Miejskiego im. Jan Garduły
w Świnoujściu sp. z o. o.
oryginał podpisu w dokumentacji postępowania
Dorota Konkolewska